

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
INSTITUTO SUPERIOR DE ECONOMIA E GESTÃO

MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Gastos Orçamentais do Estado Português em Matéria de Droga
Abordagem às Despesas da Administração Pública

CARLOS MANUEL RIBEIRO DINIS

Orientação: Professor Doutor René Luis Tápia Ormazabal

Júri:

Presidente: Professor Doutor Carlos Eugénio Raposo Gouveia Pinto

Vogais: Professor Doutor René Luis Tápia Ormazabal

Professor Doutor Jorge da Silva Ribeiro

Julho/1998

GLOSSÁRIO DE TERMOS E ABREVIATURAS

- CAT - Centros de Atendimento de Toxicodependentes
- CEPD - Centro de Estudos e Profilaxia da Droga
- CICD - Centro de Investigação e Controlo da Droga
- CNLCS - Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA
- CREP - Comunidades Residenciais de Estada Prolongada
- DCITE - Direcção Central de Investigação do Tráfico de Estupefacientes (Policia Judiciária)
- DGA - Direcção Geral das Alfândegas
- DGAS - Direcção Geral de Acção Social
- DGSJ - Direcção Geral dos Serviços Judiciários
- DGSP - Direcção Geral dos Serviços Prisionais
- DGSTM - Direcção Geral dos Serviços Tutelares de Menores
- EUROPOL - Organismo de Coordenação das Polícias Europeias
- GAC - Gabinete do Alto Comissário
- GCCD - Gabinete de Coordenação do Combate à Droga
- GNR - Guarda Nacional Republicana
- GPCCD - Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga
- IEFP - Instituto do Emprego e Formação Profissional
- IML – Institutos de Medicina Legal
- INTERPOL - Organismo Internacional de Polícia
- IPJ - Instituto Português da Juventude
- IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social
- IRS - Instituto de Reinserção Social
- MAI - Ministério da Administração Interna
- MDN - Ministério da Defesa Nacional

ME - Ministério da Educação

MJ - Ministério da Justiça

MNE - Ministério dos Negócios Estrangeiros

MQE - Ministério da Qualificação e Emprego

MS - Ministério da Saúde

MSSS - Ministério da Solidariedade e Segurança Social

NU - Nações Unidas

OE - Orçamento de Estado

ONG - Organizações Não Governamentais

OSS - Orçamento da Segurança Social

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PIDDAC - Programa de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da
Administração Central

PJ - Polícia Judiciária

PNUCID - Programa das Nações Unidas para o Controlo Internacional das Drogas

PPES - Programa de Promoção e Educação para a Saúde

PSP - Polícia de Segurança Pública

PVE - Projecto Viva a Escola

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPTT - Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência

UE - União Europeia

UTITA - Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependência e Alcoolismo
(Hospital da Marinha)

RESUMO E PALAVRAS CHAVE

A temática das drogas tem vindo a assumir um peso cada vez maior nas sociedades contemporâneas, quer do ponto de vista social, económico ou jurídico. Dada a sua complexidade, muitas poderiam ser as abordagens a este fenómeno, porém aquela que é adoptada neste trabalho, prende-se com o conhecimento dos gastos orçamentais que o Estado português tem em matéria de droga, nas suas mais diversas dimensões e em face das competências que foi atribuindo aos seus diversos organismos. A aplicação de tais fundos passa, exactamente, pelo conhecimento aprofundado deste problema, pois só assim se conseguirá uma intervenção eficiente e com o mínimo possível de desperdício dos recursos, sempre escassos, do Estado.

Desta forma, analisam-se todas as instituições estatais que mais têm a ver com os diversos aspectos da toxicodependência, quer do ponto de vista das suas atribuições, quer do ponto de vista dos montantes despendidos, para os anos de 1995 e 1996, de forma a obter-se uma visão geral da situação portuguesa, neste âmbito.

Palavras chave: estupefacientes, custo da droga, história da droga, droga em Portugal, proibicionismo, mercados informais.

ABSTRACT

The subject of drugs has been taking more and more importance within contemporary societies, both on social, economic or legal perspective. Due to the complexity of this problem, many different aspects could have been studied, however, the one adopted in this analysis is connected with the knowledge of the amount of the portuguese budget directed to drugs, in its multiple dimensions and in face of all the habilities it has been given to its several offices. The destination of funds assumes a profound understanding about this question, for that's the only way we could manage an efficient action and with minimum waste of short state resources.

In order to obtain a global view of the portuguese situation, in this matter, we will describe the state institutions more related with the different aspects of drugs addiction, both in its competences and in the money spent, in 1995 and 1996.

Keywords: narcotics, drugs expenses, history of drugs, drugs in Portugal, prohibitionism, informal markets.

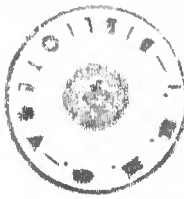
ÍNDICE

LISTA DE QUADROS.....	8
AGRADECIMENTOS.....	9
INTRODUÇÃO.....	10
OBJECTO DE ESTUDO	10
CONCEITOS E METODOLOGIA	13
PLANO DE ESTUDO	19
CAPÍTULO I - A INTERVENÇÃO ESTATAL NO ÂMBITO DAS DROGAS	21
1.1. ENQUADRAMENTO HISTÓRICO	21
1.2. O POSICIONAMENTO PORTUGUÊS	35
CAPÍTULO II - O DOMÍNIO DA PREVENÇÃO	44
2.1. PROJECTO VIDA	49
2.2. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO	52
2.3. MINISTRO ADJUNTO	58
2.3.1. Instituto Português da Juventude	58
2.4. MINISTÉRIO DO EMPREGO E DA SEGURANÇA SOCIAL.....	59
2.5. MINISTÉRIO DA SAÚDE	67
2.5.1. Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência	67
2.5.2. Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA.....	69
2.5.3. Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento	72
2.6. MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL.....	73

CAPÍTULO III - O DOMÍNIO DA REPRESSÃO	78
3.1. MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA.....	78
3.1.1. Polícia de Segurança Pública	79
3.1.2. Guarda Nacional Republicana	80
3.2. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA.....	81
3.2.1. Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga	82
3.2.2. Polícia Judiciária	85
3.2.3. Institutos de Medicina Legal	88
3.2.4. Direcção Geral dos Serviços Prisionais.....	90
3.2.5. Instituto de Reinserção Social.....	93
3.2.6. Serviços Judiciários	95
3.3 MINISTÉRIO DAS FINANÇAS	97
3.3.1. Direcção Geral das Alfândegas	97
3.4. MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS ESTRANGEIROS	99
3.5. UNIÃO EUROPEIA.....	102
3.6. GASTOS GLOBAIS DO ESTADO PORTUGUÊS EM MATÉRIA DE DROGA	104
CONCLUSÃO	105
BIBLIOGRAFIA	118
ANEXO 1	125
ANEXO 2.....	126
ANEXO 3	128
ANEXO 4	129

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Encargo Financeiro da aplicação do PPCDAFA afecto à área da Toxicodependência.....	77
Quadro 2 - Dotações orçamentais e exames realizados em cada um dos IML, para 1995 e 1996.....	88
Quadro 3 - Mortes por <i>overdose</i> nos IML em 1995 e 1996, segundo os respectivos serviços de Tanatologia.....	89
Quadro 4 – Encargos totais, com a droga, dos Institutos de Medicina Legal	90
Quadro 5 – Despesas com o Funcionamento dos Tribunais.....	96
Quadro 6 - Síntese dos Gastos do Estado Português em Matéria de Droga por organismos.....	104
Quadro 7 - Apuramento final do Projecto VIDA para 1995.....	106
Quadro 8 - Custo da Intervenção Pública em Matéria de Droga – 1995.....	114
Quadro 9 - Acréscimo da Dotação Orçamental do GAC.....	116



AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador científico, Professor Doutor René Tapia Ormazábal, pela sua disponibilidade, entusiasmo e por todas as críticas e sugestões que fez nas diversas fases do trabalho.

Ao professor Alain Wallon pela sua ajuda na concretização do objecto do trabalho, por toda a atenção, simpatia e amizade que demonstrou ao longo destes últimos meses.

Para a realização deste trabalho contei com a preciosa colaboração de numerosas pessoas e organismos, a quem gostaria de expressar o meu sincero agradecimento.

Ao Observatório Europeu da Droga e Toxicodependências (OEDT), nas pessoas da Dra. Márcia Alvarez e do Dr. Gonçalo Felgueiras pela ajuda concedida na fase inicial do trabalho.

Ao professor Pierre Kopp, pela possibilidade que me concedeu de acesso ao seu estudo.

Ao INFARMED, na pessoa do Dr Rui Santos Ivo, pelo esclarecimento relativo a alguns conceitos fundamentais à realização desta dissertação.

A todas as pessoas dos diferentes organismos que me receberam e que me foram fornecendo as informações e os dados fundamentais para a execução do presente trabalho. Particularmente ao Sr. Tenente Coronel Rodrigues do Ministério de Defesa Nacional, à Dra. Lurdes Abrantes da Direcção Geral de Acção Social, à Dra. Margarida Pintassilgo do SPTT, ao Dr. José Robalo do Gabinete do Alto Comissário para o Projecto Vida e à Dra Graça Poças dos Serviços Prisionais.

A todas as pessoas que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste estudo.

INTRODUÇÃO

Objecto de Estudo

A preocupação com o tema da droga nas suas vertentes social, económica e jurídica tem vindo a adquirir grande relevância nas sociedades contemporâneas. Tal facto reflecte-se na progressiva incorporação desta temática no discurso político dos líderes mundiais e no aparecimento de novas organizações com ela relacionadas. Contudo, o conhecimento deste fenómeno está ainda numa fase relativamente embrionária, tal a complexidade de que ele se reveste e, por isso, muitas são as abordagens de que pode ser alvo.

O tema das drogas é extremamente interessante como objecto de estudo, já que movimenta paixões e faz mexer a economia mundial a uma dimensão só comparável ao petróleo e aos negócios de armas. Apesar desta visibilidade e de se lhe reconhecer tal importância, os Estados, sobretudo os ocidentais, não conseguem deixar de hesitar, acumulando-se as dúvidas sobre como enfrentá-la e, contudo, como afirmam Bachmann e Coppel (1991, p. 13), ela atravessa todos os *ghettos* mas também todos os quarteirões residenciais

O estudo agora iniciado pretende recair sobre um aspecto muito concreto e determinado desta problemática, como aliás não poderia deixar de ser, dado o âmbito em que ele foi levado a cabo. O seu objectivo passa pelo conhecimento dos gastos orçamentais que o Estado português tem em matéria de droga, nas suas mais diversas dimensões e em face das competências que se atribuiu e que concedeu aos seus diversos organismos. Esta dissertação pretende, assim, conhecer que parte do orçamento estatal está consignada à droga, nos seus aspectos de prevenção, mas

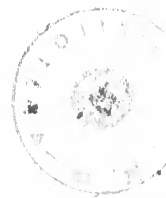
também de repressão. É inegável que os Estados estão directamente ligados às questões relacionadas com os estupefacientes. Estes produtos representam uma ameaça constante para a sua integridade e para o seu desenvolvimento económico e social, dadas as consequências, de perda de produtividade da população e crescimento dos custos médicos, por exemplo, e dado também o poder económico e político de que desfrutam as organizações criminosas a eles associadas. Por isso, torna-se extremamente importante um conhecimento profundo por parte dos Estados nacionais de todas as suas envolventes. O entendimento da aplicação dos dinheiros públicos é, desta forma, fundamental, pois aquilo que se pretende é conseguir uma acção o mais eficiente possível, com um mínimo de desperdício, uma vez que os fundos são obviamente escassos. Na verdade, a forma como os recursos públicos limitados são utilizados é, ou pelo menos deveria ser, uma das preocupações dos decisores públicos (Kopp, 1996, p. 4). É exactamente devido à importância deste tipo de matérias que se torna necessário efectuar estudos de investigação que permitam a redução progressiva das grandes lacunas ainda existentes. A análise ora elaborada é mais uma tentativa neste sentido e procura assim saber até que ponto as autoridades portuguesas conhecem, com rigor, os custos, para a administração central, da existência de um fenómeno considerado prejudicial para o conjunto da sociedade e que portanto precisa de ser combatido. Este objecto de trabalho é importante que seja averiguado pois que sem um conhecimento, o mais próximo possível da realidade, qualquer acção será posta em causa, logo desde o início.

Esse conhecimento aprofundado pressupõe que haja dados orçamentais agregados, especificamente consignados à luta contra a droga, permitindo um fácil acesso e um rápido conhecimento do custo, para o Estado, da existência desse fenómeno. Dada ainda a sua complexidade, muitos são os organismos estatais envolvidos neste campo de intervenção, pelo que é natural que cada um deles tenha uma parte das suas

despesas claramente afectas à questão dos estupefacientes, estando, desta forma, perfeitamente conscientes da parcela da sua actividade que lhes é consagrada. Um terceiro aspecto a averiguar prende-se com a canalização desses fundos públicos para acções de prevenção (tentando evitar o contacto das populações com tais produtos) e de repressão (castigando os infractores), sendo de esperar que haja uma atenção, cada vez maior, às primeiras, em detrimento das segundas, visível na evolução de 1995 para 1996. Aliás, a análise desta evolução permitirá verificar a preocupação crescente do Estado, demonstrada pelo aumento dos seus gastos, em matéria de toxicodependência, em relação ao Orçamento de Estado.

Como já foi visto, este problema é geral e atravessa praticamente todos os Estados do mundo, e uma vez que Portugal é um país com uma grande fronteira externa e território de trânsito das drogas destinadas ao continente europeu, é importante analisar a prioridade atribuída por Portugal a acções de cooperação com países estrangeiros, em matéria de estupefacientes.

Claro está que o critério dos custos acaba por ser um critério bastante redutor como medida de eficácia da acção governamental e, também, a decisão política não é tomada apenas tendo em conta juízos de optimização. Não se trata de limitar a política estatal à sua dimensão orçamental, nem sequer é isso que está em causa. É impossível reduzir as questões que afectam as pessoas a meros números e estatísticas, porque o comportamento humano não se rege por médias ou modas. O que se quer é tentar conhecer os contornos financeiros de um problema que a todos afecta e que para ser solucionado, ou pelo menos minorado, acarreta um determinado custo, com reflexos ao nível dos dinheiros públicos.



Conceitos e Metodologia

Para concretizar a tarefa proposta, vão agora ser definidos alguns conceitos básicos de importância fundamental para a compreensão, o mais alargada possível, da temática presente. Esta é uma tarefa de grande relevância pois é essencial que se perceba totalmente a realidade de que se está a falar. A metodologia é também aqui descrita para que antes da explanação dos resultados a que se chegou, se perceba exactamente qual o caminho percorrido para os atingir, tanto mais que a forma de cálculo dos custos varia de departamento para departamento, como se verificará.

Na sequência daquilo que já foi referido, a droga constitui hoje um dos graves problemas da sociedade moderna e, ao mesmo tempo, um grande desafio sobre como lidar com tais problemas. As ideias formadas no imaginário das pessoas estão normalmente associadas a imagens de grande negatividade. São exactamente estas imagens que levam ao sentimento da necessidade de actuar politicamente sobre a droga. Mas, se por um lado, há que considerar essas imagens criadas nas mentes das pessoas sobre os prejuízos ligados à droga, deve-se, por outro lado, tentar uma avaliação de natureza mais financeira do seu custo. Esta noção de custo da droga respeita aquilo a que convencionou chamar-se custo social da droga, que resulta essencialmente de três aspectos: por um lado, das despesas privadas, ou seja, o conjunto das despesas levadas a efeito pelos consumidores de droga na sua aquisição; por outro lado, da despesa pública com o objectivo de prevenção, tratamento ou repressão; e por fim, dos custos externos, isto é, das despesas indirectas que se prendem, por exemplo, com a perda de produtividade, o absentismo ou as mortes prematuras (Kopp, 1996, p. 5). Será em relação à despesa pública que recairá a atenção deste estudo, negligenciando os restantes dois elementos que poderão ser objecto de um estudo próprio, mas que não cabe aqui. Se é certo que

existem determinadas acções neste domínio, é legítimo perguntar qual a contrapartida orçamental que elas comportam e que acabam por recair sobre o conjunto da comunidade.

Na realidade, muitos são os estudos que abordam a problemática da droga, sobretudo ao nível do consumo, na sua incidência psicológica, comportamental, social ou médica. Mas raros são aqueles que assentam nesta visão do custo inerente a tal fenomenologia. À excepção do notável trabalho pioneiro de Pierre Kopp, referente ao caso francês, praticamente não existem quaisquer estudos desta índole. Daí que a presente dissertação se baseie, em larga medida, na metodologia seguida por Kopp no seu relatório intermédio de 1996, salvaguardando-se, obviamente todas as especificidades da estrutura institucional portuguesa. Com efeito, o facto de este ser um trabalho inédito em Portugal tem como corolário a dificuldade em recolher e tratar os dados necessários à presente análise

Depois de definida a noção de custo da droga, cabe esclarecer sobre os conceitos de droga ou de estupefacientes que irão ser utilizados ao longo de todo o trabalho. Eles serão vistos como todas as plantas, substâncias ou preparações cujo controlo se encontra previsto nas convenções sobre estupefacientes e substâncias psicotrópicas, presentes, nomeadamente na Tabela I e na Tabela II da Convenção Única sobre Drogas de 1961 (Anexo 1) que foi sendo actualizada ao longo do tempo, sobretudo pelas Convenções de 71 e de 88. O Decreto-Lei nº 15/93 de 22 de Janeiro apresenta uma classificação um pouco diferente (Anexo 2) com vista a “dar mais um passo no sentido de uma certa gradação de perigosidade das substâncias, reordenando-as em novas tabelas e daí extraindo efeitos no tocante às sanções.” Como diz Francis Caballero, “uma substância só pode ser qualificada como droga se preenche a tripla condição de provocar um efeito no sistema nervoso central, uma dependência física

ou psíquica, e prejuízos sanitários e sociais” (Caballero, 1992, p. 75). Para além disso, elas têm de fazer parte daqueles quadros para serem consideradas neste estudo, pois apenas são consideradas as drogas ilícitas.

Na verdade, existem drogas ilícitas, mas também drogas lícitas. As últimas são socialmente aceites, apenas o seu abuso é oficialmente combatido, sejam elas recreativas, álcool e tabaco, ou utilitárias, produtos farmacêuticos e químicos (Cabral, 1993, p.10). Estes produtos são alvo de um grande conjunto de regras restritivas do seu uso. Porém, se o Estado as combate com uma mão, logo as auxilia com a outra, pois elas são criadoras de riqueza e de empregos, o que as torna alvo da defesa de grandes grupos de pressão. A sua circulação é ajudada por considerações, fundamentalmente, económicas em detrimento de razões sanitárias. Quanto às drogas ilícitas que abrangem um grande número de substâncias, estão todas elas submetidas ao regime dos estupefacientes que se baseia na ideia de que o seu uso degenera inevitavelmente em abuso, sendo a única maneira de proteger a saúde pública submetê-las a uma proibição pura e simples. Esta é a situação que vigora a nível mundial, em que existe uma legislação de carácter geral e que é fruto de uma evolução com menos de um século. Com efeito, se não se considerarem as Guerras do Ópio e a sua interdição na China, o movimento proibicionista, de origem norte-americana, data do início do século, sendo as suas primeiras manifestações concretas, a posição dos EUA na Conferência de Xangai (1909) e o Harrison Act (1914).

Ao longo desta exposição têm sido referidas constantemente as palavras prevenção e repressão que se constituem como aspectos chave e que estarão sempre presentes, implícita ou explicitamente, ao longo da análise ora encetada. Daí que urge, neste momento, fazer uma referência breve, contudo clara, a cada um desses factores. De

acordo com a Colectânea de Textos do CAT das Taipas de 1996, podem distinguir-se três tipos de prevenção sabendo-se de antemão que a prevenção primária é aquela que os diferentes agentes têm considerado prioritária. Ela consiste na promoção da saúde em geral, ou seja, ela é a verdadeira prevenção, já que aparece como uma abordagem precoce dos problemas junto da população em geral e de grupos alvo em particular, de forma a evitar o seu aparecimento. A prevenção secundária refere-se à identificação de determinados indivíduos que apresentam, numa fase inicial, sinais evidentes de um problema, sendo diagnosticados e tratados imediatamente, na tentativa de reduzir a intensidade e a duração da doença. Por fim, a prevenção terciária tem a ver com a reinserção socio-familiar e profissional do ex-doente, isto é, "a palavra prevenção não é usada no sentido de prevenir o distúrbio, mas sim de prevenir os seus efeitos residuais e amplificadores na vida do indivíduo e na vida dos outros que o rodeiam". No fundo, refere-se aos esforços para levar os indivíduos a não consumir estas substâncias, quer impedindo o início do consumo, quer dificultando uma reincidência.

Por seu lado, a repressão da toxicodependência significa a punição, do ponto de vista penal, que "o cultivo, a produção, o fabrico, o emprego, o comércio, a distribuição, a importação, a exportação, o trânsito, o transporte, a detenção por qualquer título e o uso de plantas, substâncias e preparações" que estejam presentes nas tabelas anexas ao Decreto-Lei nº 15/93 de 22 de Janeiro, acarretam. Portanto, quem traficar e/ou consumir quaisquer daquelas substâncias proibidas fica sujeito a penas de prisão ou, no caso de apenas consumo, ficará sujeito, consoante as situações, a pena de prisão de três meses (cada vez mais rara), a multa ou a tratamento imediato, se solicitado.

Para terminar esta questão da explicitação dos conceitos relacionados com o de droga, resta referir a sua classificação em substâncias psicolépticas ou depressoras,

psicoanalépticas ou estimulantes e psicodislépticas ou perturbadoras. As primeiras actuam sobre o Sistema Nervoso Central, como hipnóticos e sedativos, como sejam, os barbitúricos ou os opiáceos. Os estimulantes são drogas que agindo também sobre o Sistema Nervoso Central, produzem uma redução da fadiga, aumento da actividade mental e uma sensação de bem-estar geral (anfetaminas e cocaína, por exemplo). Finalmente, os alucinogénios modificam os processos mentais, com alterações da percepção e até alucinações, como é o caso do LSD.

Identificar, nos orçamentos dos diferentes organismos públicos, aquelas despesas que estão efectivamente ligadas a estas drogas ilegais traz, inevitavelmente, problemas de delimitação do campo. Se se pensar, por exemplo, nas questões relativas à prevenção, é praticamente impossível saber onde começa a luta contra a toxicod dependência, por forma a poder fazer-se a contabilização dos gastos. Isto para dar apenas um exemplo. Neste sentido, houve que adoptar uma acepção muito estreita do que é a despesa pública consagrada à droga, procurando levar em conta apenas os custos expressamente correspondentes a esse domínio (Kopp, 1996, p. 7).

Os documentos orçamentais constituem a principal fonte de informação em matéria de despesa pública. Para este estudo partiu-se dos dados disponíveis para os anos de 1995 e 1996, já que os dados de 1997 não estão ainda, na grande maioria dos casos, trabalhados, pelo que se tornou impossível o seu acesso. Quanto aos de 1994 e anteriores eram ainda muito fragmentados e pouco precisos. Os encargos são apresentados para cada um dos ministérios, havendo por isso, que aceder aos números referentes aos organismos analisados. Contudo, a maioria desses organismos tratam destas questões não de uma forma directa, pelo que se torna essencial o recurso a determinados métodos que permitam o conhecimento da parte droga das suas actividades. Desta forma, parte-se do conjunto das suas actividades e

retira-se a percentagem respeitante à droga; em seguida recorre-se ao total do seu orçamento, retira-se a mesma percentagem e obtém-se o montante consignado aos estupefacientes. Uma outra metodologia parte do conhecimento do número de pessoas envolvidas apenas em tarefas relacionadas com a droga, do conjunto total das pessoas desse serviço; depois soma-se o custo que elas representam, adicionando ainda a percentagem das demais despesas na mesma proporção desse pessoal, em relação ao restante.

Quanto ao orçamento de investimento, o PIDDAC, só foi reconhecida aquela despesa relativa ao equipamento dos serviços específicos do Estado cujas atribuições têm directamente que ver com as drogas.

Este estudo é baseado, por um lado, em informações acessíveis ao público (pois os dados orçamentais são públicos), por outro lado, também em informações transmitidas pelas pessoas que se ocupam das questões da toxicodependência e do tráfico nos diferentes organismos estatais. É sabido que qualquer pesquisa sobre os custos de funcionamento das organizações públicas no exercício de uma determinada missão, acarreta numerosas reticências e também algumas dificuldades técnicas. Este estudo limita-se, no entanto e apenas, a explorar algumas possibilidades de quantificação do esforço público na luta contra a droga e a identificar os problemas que um tal cálculo acarreta. Não visa apresentar uma chave objectiva e inquestionável de avaliação mas apenas contribuir para a discussão sobre a melhor forma de conhecimento das despesas que os Estados nacionais têm em matéria de droga. Muitas são as falhas e concerteza algumas as correcções, porém as pistas de estudo estão lançadas para que no futuro se possa conseguir atingir um cálculo mais preciso do esforço público na luta contra a toxicodependência.

Plano de Estudo

O Capítulo I começa por analisar a evolução histórica da droga. Este é, como foi referido, um tema muito vasto e que acompanha a humanidade desde sempre. Já na antiguidade há referências a produtos que estimulavam um determinado tipo de comportamento e que podem ser vistas como produtos psicotrópicos. Na verdade, o conceito de droga é fruto de um determinado estado civilizacional e que, neste momento, impõe uma série de proibições a tudo o que tenha a ver com esse tipo de produtos. A intervenção dos poderes estatais advém exactamente desse carácter de ilicitude. Justifica-se a necessidade de fazer uma breve incursão à história mais recente da droga, para que se compreenda de que maneira ela foi evoluindo até atingir a dimensão e o carácter que hoje tem. Não deve haver a ilusão que este é um fenómeno apenas datado das últimas duas décadas, apesar de ser fruto de um percurso sinuoso e que culminou com a explosão do consumo, sobretudo nos últimos vinte anos.

A segunda parte deste capítulo centra a sua atenção em Portugal. Como é óbvio, também aqui se sentiram as repercussões da evolução deste fenómeno, tentando, as autoridades nacionais, a criação de mecanismos que pudessem, de alguma forma, minorar as consequências negativas que a sua expansão sempre acarreta. É a forma como o Estado se vai munindo das ferramentas institucionais que será tratada nesta parte. Ver-se-á como se atinge a estrutura actual, dominada pelo Projecto Vida, como entidade interministerial de coordenação de todas as acções levadas a efeito nos diversos departamentos que mais directamente estão ligados à droga.

No Capítulo II vai determinar-se a parte relativa à droga nas suas vertentes de competência e de gastos em cada um dos departamentos que têm como campo de

actividade a prevenção, seja ela primária, secundária ou terciária. A análise é feita tendo sempre em conta a organização interna e orçamental de cada organismo analisado e a sua forma de actuação, tentando, desta maneira, uma correcta apreensão dos respectivos custos. Nesta parte do trabalho vai estudar-se também o Ministério da Defesa Nacional, já que a sua intervenção passa, sobretudo, pela tentativa de prevenir o consumo de estupefacientes entre os militares.

No **Capítulo III**, far-se-á uma análise semelhante à do capítulo anterior, mas desta vez relativa às instituições do Estado que operam no âmbito da repressão. Na sua parte final serão estudadas as acções de cooperação e de relacionamento internacional levadas a cabo pelo Estado português e que, no fundo, não fazem parte nem da prevenção nem da repressão, mas que não deixam de ser de grande relevância. Este capítulo terminará com a apresentação de um quadro síntese que visa facilitar a análise e interpretação dos dados apresentados até esse momento, já que os organismos ministeriais intervenientes nesta problemática são bastante numerosos, não favorecendo, por isso, uma visão global do fenómeno.

Na **Conclusão** discutir-se-ão os resultados que permitem a constituição deste trabalho como mais uma contribuição por forma a trazer alguma luz à problemática relativa aos estupefacientes. Neste caso, um tal contributo recai sobre uma perspectiva muito particular mas que começa a tomar agora algum peso, na medida em que pode representar um auxílio à decisão política. Na realidade, estudos desta natureza têm permanecido como uma lacuna na investigação ligada a esta fenomenologia, o que deverá ser colmatado, para que os Estados consigam elaborar uma política nacional integrada que, por seu lado, favoreça acções de cooperação - única forma de lidar com este assunto de carácter tão global.

CAPÍTULO I - A Intervenção Estatal no Âmbito das Drogas

1.1. Enquadramento Histórico

A visão moderna do uso das drogas como fazendo parte de uma subcultura juvenil e como um elemento de subversão social aparece apenas na segunda metade dos anos 60. É um período em que todo um estilo de sociedade se extingue: anuncia-se a Terceira Revolução Industrial, há um aumento enorme da educação secundária e dá-se uma melhoria acentuada das condições de vida. A nível demográfico, regista-se uma queda da taxa de natalidade, aumento do número de divórcios, e a diminuição do número de casamentos. Este é também um tempo de crise de valores, culturais e religiosos, de uma dimensão nunca antes vista.

Porém, são essencialmente dois os factores que mais contribuíram, nesta altura, para o aumento de notoriedade do fenómeno da droga como algo de relevância internacional. São eles a ruptura, por parte dos jovens com a forma de ser e de estar dos seus pais, e a Guerra do Vietname. O primeiro manifesta-se na procura de experiências diferentes que passavam pela busca de novas sensações e de fuga às convenções, com atracção em relação a tudo aquilo que é proibido. É o caso da música pop e rock, em que algumas bandas faziam apelo explícito ao uso de estupefacientes, o movimento *hippy* e também as manifestações culturais que faziam apelo ao romantismo, ao sonho e à evasão. Quanto ao segundo, ele prende-se com o uso generalizado da heroína entre os militares americanos, que depois de regressados continuaram a consumi-la. A notoriedade do fenómeno foi de tal ordem que esta época ficou conhecida como "A Grande Epidemia". Como dizem Bachmann e Coppel (1991, p. 512) as guerras marcam o ritmo da história das drogas.

Quer isto dizer que os políticos assistiam, estupefactos à aliança de duas toxicomanias, uma contestatária e cultural, e uma outra ligada à guerra. Ou seja, de um lado, as drogas de subversão; de outro lado, as de esquecimento, tomadas por soldados desejosos de se alhearem dos horrores do seu dia-a-dia.

O uso de produtos que pelas suas características alteram a estrutura ou o funcionamento de um organismo vivo é tão velho como a própria humanidade. As drogas são substâncias que sempre estiveram presentes, pois há relatos da sua existência em todas as civilizações e em todas as épocas. O Homem usou-as desde sempre por um sem-número de razões, não apenas de natureza alimentar, mas também, de natureza cultural e mágico-religiosa.

O ópio aparece como a primeira droga a ser introduzida de forma maciça na Europa, daí que seja de realçar a sua importância, até devido aos inúmeros conflitos a que viria a dar origem. O ópio de contrabando terá sido introduzido, no século XVII, no Mar da China por marinheiros holandeses, o que vai fazer com que os chineses adoptem o seu uso, se apropriem dele e o aperfeiçoem. A China produzia uma parte relativamente limitada de ópio, pelo que a maior parte provinha da Índia, contrabandeada pelos holandeses e pelos portugueses. A partir do momento em que se apercebeu dos seus malefícios, a China procurou, a partir de 1729, uma política de proibição, naquilo que terá sido uma das primeiras tentativas de intervenção de um poder estatal face à droga; ao contrário da Inglaterra que devido ao peso das suas autoridades religiosas, procurava impor a abstinência. Aquela intenção do imperador esbarrou contra os interesses dos ingleses, em expansão, que se tinham assumido já como os principais empreendedores.

O comércio da Inglaterra com a China era, neste século XVIII, bastante deficitário para os europeus, devido, sobretudo, às compras de chá chinês, mas também de lacas e sedas, a troco de tecidos de algodão ou de dinheiro, por um lado. Por outro lado, devido à circunstância da China manter um sistema de relativa autarcia, vendendo muito mais do que compra. Perante esta situação, os ingleses estavam face a duas possíveis soluções: ou disponibilizavam mais dinheiro ao seu comércio com o Império do Meio, o que é posto de parte por falta de divisas, sobretudo chinesas; ou encontravam um meio de conseguir essas divisas. A venda do ópio indiano, pago por dinheiro local fornece-lhes a solução, permitindo-lhes comprar os produtos locais para revenda, quer no mercado asiático, quer no mercado mundial. Assim nasce um comércio triangular: O ópio parte das Índias, é importado na China e os benefícios da troca são canalizados para a metrópole. Este é um comércio altamente rentável devido à interdição e ao mercado negro que contribuem para um constante aumento de preços. A droga constitui-se nesta altura, através da riqueza que gera, numa fonte importante de financiamento do sistema económico mundial, e não mais deixaria de o ser.

A China tenta resistir como pode. De 1729 a 1836 o Império publica perto de quarenta decretos contra o ópio, ao nível do fumar, cultivar ou importar. Surge, entretanto, um debate na corte imperial entre 1836 e 1838, cujas preocupações são incrivelmente modernas: a questão em cima da mesa é a de se saber se as drogas devem ser legalizadas ou proibidas. De uma parte, a interdição permite o desenvolvimento do contrabando e da corrupção; de outra parte, a legalização, mesmo com controlo do Estado, pode levar ao desenvolvimento maciço do consumo. O Imperador medita demoradamente e decide-se a favor de uma política energética, ou seja, a favor da proibição, a qual é um dos primeiros exemplos históricos.

O comércio do ópio entra, então, numa nova fase, a da guerra económica. A China faz vários apelos à Inglaterra no sentido de que esta acabe com as suas importações de ópio, ao que a potência europeia responde que não parece oportuno abandonar uma fonte de rendimentos tão grande. O governo chinês, farto das perdas em numerário provocadas pelas compras de ópio decide-se a reagir. Numa operação espectacular, ocorrida na Primavera de 1839, em Cantão, são apreendidas 20.291 caixas de ópio, num total de 1.400 toneladas, que acabam por ser atiradas ao mar. A Inglaterra considera este acto como uma afronta e vota, no Parlamento, os créditos necessários para uma intervenção militar sob a forma de expedição punitiva. Dá-se então aquilo a que se convencionou chamar “A Primeira Guerra do Ópio”. A frota inglesa bombardeia a costa e dispersa os juncos da frota chinesa. Ao fim de três anos de conflito é assinado o Tratado de Nankim, a 29 de Agosto de 1842. Este documento obriga os chineses a suspender “as leis que proibiam a venda de ópio e previam a pena de morte, por estrangulamento, para os traficantes (Ribeiro, 1995, p.7)” e a indemnizar os ingleses dos custos ocasionados pela sua expedição militar e pela destruição dos seus stocks de ópio. Devem ainda baixar as tarifas aduaneiras e abrir cinco dos seus portos ao comércio europeu. Além disso, obtêm a concessão exclusiva de Hong Kong.

Porém, uma nova guerra do ópio eclode em 1856. O pretexto é a apreensão, pela polícia chinesa, de uma fragata com licença britânica, registada sob o nome de “Arrow”. Assim começa a “Guerra do “Arrow” ou a “Segunda Guerra do Ópio”. O “Tratado de Tientsin” de 1858 legaliza a importação de ópio na China para fins medicinais, o que, na prática, representa uma tolerância, de facto, ao contrabando. Para além disso, são ainda abertos onze novos portos chineses ao comércio ocidental, reduzindo a capacidade de intervenção do Estado chinês em matéria de trocas com o exterior.

A China consegue, no entanto, negociar com os ingleses tarifas elevadas sobre o ópio importado, favorecendo a produção nacional. Esta vai ter então um desenvolvimento extremamente rápido que a prazo provocará uma redução das importações inglesas. Somente a partir do momento em que o ópio chinês suplanta o ópio importado é que a Câmara dos Comuns britânica, declara, em 1891, este tipo de comércio como sendo imoral. Esta terá sido a maior intoxicação colectiva da História, já que, segundo os dados retirados do Atlas Mundial das Drogas (1996, p. 28), de 1870 a 1900, de 5% a 10% da população chinesa, representando cerca de 430 milhões de habitantes no ano de 1840, seriam opiómanos.

No século XIX o comércio de ópio tornou-se um elemento fundamental da economia internacional no apogeu do período colonial. O exemplo inglês foi seguido por outros Estados europeus, sobretudo por razões de ordem fiscal, mais do que comercial, de forma a poderem pagar o custo dos seus estabelecimentos do ultramar. Este foi o caso particular da França.

Seguindo o exemplo inglês, os franceses constroem um império no extremo oriente, Indochina, onde o consumo de ópio era generalizado, sendo mesmo o único produto que os europeus conseguem colocar junto dos autóctones. Também aqui a papoila não é cultivada no local, mas proveniente da Índia, do Irão ou da China. Apesar de ser um comércio bastante criticado a nível internacional, a sua rendibilidade era mais do que suficiente para que a França pretendesse acabar com ele. Facto é que, na realidade, a maioria dos monopólios europeus do ópio só irão terminar com a descolonização, contrariando uma política internacional de proibição que aparece desde o início do século XX.

Este tipo de tráfico trouxe bastantes vantagens para as potências europeias, mas as desvantagens far-se-iam notar muito rapidamente. Na verdade, o esforço de promoção do uso de ópio levado a cabo pelos europeus vai trazer, em compensação, o hábito de consumo aos ocidentais, no seu próprio país. Tal circunstância ocorre, quer pelo contacto dos europeus com o produto, quer pela vinda de habitantes desses territórios para a metrópole. Particularmente visível é a situação na Inglaterra, na França e nos Estados Unidos, devido às grandes correntes migratórias provenientes da China.

Para além de todos estes acontecimentos, o século XIX fica também marcado, em termos de droga, pela explosão do aparecimento de novos compostos, provenientes do desenvolvimento explosivo da indústria química, que marca o início da indústria das drogas. O grande comércio e a revolução industrial juntam-se para lançar as bases de um consumo em massa, de drogas. Este processo é impulsionado por um lado, por um certo cientismo que faz com que a descoberta das drogas químicas, depois sintéticas, traga a sensação de alguma influência sobre a saúde das pessoas, contrariando a visão fatalista de outrora. Por outro lado, o sentimento de desencanto e a necessidade de contestação levam à procura de meios para ultrapassar uma realidade que se rejeita.

A revolução industrial inglesa traz consigo um modo de consumo de drogas que se vai rapidamente expandir por toda a Europa e que passa pela expansão das preparações opiáceas, como os soporíferos, os calmantes ou os digestivos, entre outros. Trata-se ainda de uma difusão farmacêutica de carácter artesanal, mas que se começa a generalizar, um pouco por todo o lado. Este período, no qual a banalização das drogas é bastante acelerada, assiste às primeiras descobertas decisivas para o seu futuro. Em 1803 é descoberta a morfina que renasce devido à invenção da seringa. Este produto expande-se rapidamente pela mão dos médicos que o consideram um

remédio extremamente eficaz contra a dor, sem que seja conhecido, antes de cinquenta anos passados, a dependência que provoca. A morfina torna-se na droga dos campos de batalha, sendo maciçamente utilizada a partir da Guerra da Crimeia, pois atenua imenso a dor dos estropiados e dos amputados. Os produtos provenientes do ópio podem ser adquiridos facilmente em qualquer drogaria, tal a facilidade e desconhecimento das características destes produtos. Na realidade, a maior parte do ópio é transformada em morfina, pois há a convicção que esta actua contra a dor, a loucura, a melancolia e a histeria, o que justifica que ela esteja em todas as receitas médicas. Aliás, será a própria classe médica e também os farmacêuticos a serem as suas primeiras vítimas, uma vez que têm a facilidade de experimentar em si este novo e milagroso produto. Esta visão tão benéfica da morfina só começará a modificar-se a partir da 1830, aquando dos primeiros estudos sobre dependência.

No último quartel do século passado, com o desenvolvimento dos grandes laboratórios farmacêuticos, que entretanto se constituem como uma força económica poderosa, surge um produto proveniente do ópio destinado a curar os morfinómanos e que é a heroína, registada, entretanto pela empresa Bayer, que a apresenta, à data, como um sedativo da tosse. Esta substância serve, de início, para desintoxicar os viciados em morfina, estranhando-se a dada altura que estes a prefiram em relação à morfina. Em breve, a Bayer procura evitar a publicação de relatórios que afirmam que, uma vez no sangue, a heroína se transforma em morfina com o dobro do efeito.

Quanto à cocaína, quando extraída da folhas da coca, ela é vista igualmente como um produto muito benéfico, sobretudo pelos seus efeitos anestésicos. Facilmente se chega à conclusão que também esta não é a nova panaceia anunciada mas tão-somente uma nova droga cujo abuso provoca graves intoxicações. Porém, os seus

efeitos excitantes permitem-lhe ter sucesso no campo militar, o que leva a uma produção maciça.

É, portanto, ao longo do século XIX que ficam criadas as condições para que o fenómeno da droga tome uma dimensão assaz importante que obriga a uma resposta institucional dos Estados. A rapidez com que ela se difunde, com um número sempre crescente de consumidores, e o aparecimento constante de novos produtos provenientes do progresso no campo da química, faz emergir um debate que começa a ser de elevada dimensão internacional. A estratégia de intervenção nos Estados Unidos é fundada sobre a interdição do produto, a criminalização dos consumidores e a mobilização directa das populações. Os controlos multiplicam-se, as penas nas quais incorrem os violadores são cada vez mais pesadas. A consequência desta concepção é o reforço do Estado e dos seus instrumentos de acção, através de uma gestão central por parte das agências nacionais especializadas e de uma estreita cooperação internacional que é necessário reforçar a todo o momento.

Assim, se vê que já nesta altura se sente a necessidade de uma tomada de acção conjunta entre os diversos países para que qualquer acção que se quisesse levar a cabo pudesse ser minimamente eficaz. É nesse âmbito que é convocada a Conferência de Xangai a 1 de Fevereiro de 1909 entre treze países da Europa (entre os quais Portugal), Ásia e América. Os Estados presentes dividem-se em duas correntes. Uma, constituída pelas nações europeias, que pretende, apesar de tudo, salvaguardar os seus interesses económicos provenientes do comércio destes produtos, ou mesmo da produção, como é o caso da indústria química alemã; a outra, constituída pelos Estados Unidos e China, procura banir este tráfico. Da reunião sai uma declaração em que cada país deve suprimir gradualmente o ópio no seu território e rever, portanto, as sua legislações e regulamentações. Com esta declaração os

americanos visam proibir todo o uso não medicinal do ópio, enquanto que os ingleses consideram que é preferível regular o ópio do que proibi-lo. As posições são inconciliáveis o que leva, na prática, a que cada país seja dono e senhor da sua estratégia. Será necessário esperar até ao fim da Segunda Guerra Mundial para que os ingleses extingam realmente o ópio dos territórios por si controlados. A Alemanha não quer perder os rendimentos da sua indústria química e a França tenciona continuar a explorar o ópio da Indochina. Contudo, esta reunião representa o início da criminalização da droga, por impulso, essencialmente, dos Estados Unidos que, aliados à China e sob pressão de grupos puritanos e religiosos a nível interno, procuraram a proibição deste comércio. "Até aí, a habituação à morfina resultava de tratamentos prolongados, sobretudo em doentes do sexo feminino. Após a cruzada proibicionista, o consumo de opiáceos é criminalizado e o dependente considerado delinquente (Ribeiro, 1995, p.7)".

Em consequência do relativo fracasso da Conferência de Xangai, surgem algumas movimentações no sentido de procurar obter-se um compromisso mais efectivo dos Estados signatários. Desta forma, é marcada uma nova conferência encarregue de elaborar, agora sim, um texto a submeter aos Estados. A reunião tem lugar entre Dezembro de 1911 e Janeiro de 1912, na Haia, na qual é redigida uma primeira Convenção Internacional do Ópio. Aquilo que se espera é que os votos de Xangai se transformem rapidamente em verdadeiras obrigações, implicando, entre outras, uma comparação das quantidades importadas e exportadas entre os parceiros, o controlo das empresas autorizadas a produzir e a vender, e também um esforço na procura da proibição do seu uso, tanto nas colónias, como na metrópole. Esta convenção não passou, nos primeiros anos, de uma carta de boas intenções, mas com o tempo, ela irá estar na base de algumas alterações introduzidas gradualmente pelos Estados, cuja filosofia inerente se prolongou até, praticamente, aos nossos dias. Nos Estados

Unidos, é o caso do *Harrison Act* de 1914 que determina que todos os que importem, produzam, transportem, vendam ou revendam devem estar registados no Departamento do Tesouro. Apenas o uso médico é legítimo. O aperto da fiscalização a estes produtos vai favorecer o seu tráfico ilícito por parte dos países europeus produtores - a Jugoslávia e a Turquia - e das pequenas e médias indústrias farmacêuticas do Velho Continente.

Em toda a Europa, a droga tinha começado por ser um problema de saúde, comum e de importância menor. Um século mais tarde, ela toma-se um assunto de Estado. A Guerra representa uma alteração: o conflito de 1914 acelera um modo de desenvolvimento estatal característico do século XX. As drogas entram no campo de acção oficial, para não mais daí saírem. Daí para a frente, nada mais se fará sem as instituições centrais (Bachmann e Coppel, 1991, pp. 310-311).

Estavam criados os primeiros mecanismos de regulação e controlo internacional através da cooperação entre os Estados envolvidos. Se bem que, na realidade, a situação continuava a ser bastante má, pois as diversas substâncias circulavam por todo o mundo com total impunidade, destinadas às fábricas europeias e sem qualquer tipo de controlo. Com a criação da Sociedade das Nações, ela fica como a principal responsável pelo tráfico internacional de ópio e restantes substâncias psicotrópicas. No seu âmbito é criada uma Comissão Consultiva do Ópio que tem como preocupação essencial o comércio internacional, principal fonte do tráfico ilícito. Como consequência deste estado de coisas, são assinados, em 1925, um protocolo e uma convenção em Genebra que institucionalizam um sistema de certificado de importação e de exportação, com monopólio de Estado, ainda hoje em vigor. Isto, porque, no fundo, a perspectiva que se tem em relação ao vício do ópio se altera, passando a ser visto, já não, como uma mania bizarra de povos exóticos, o que faz com que os

Estados aceitem, em geral, um quadro proibicionista que favorece a aceitação destes documentos. O seu resultado vai ser um retrocesso por parte dos traficantes, pois com tal supervisão a produção vai reduzir-se ou torna-se ilegal.

Os documentos de 1925 representam um passo importante no controlo da circulação, mas ainda nada estava feito ao nível da limitação da produção. Assim, é assinada uma nova Convenção em Genebra, em 1931, que tenta determinar as necessidades mundiais deste tipo de produtos de forma a limitar a sua produção às quantidades definidas. Aparece, pela primeira vez, a noção de droga. Ela é enumerada em dois segmentos: primeiro, identificam-se as do Grupo I, como a heroína ou a morfina que levam directamente à toxicomania; depois, as do Grupo II que se prendem com produtos susceptíveis de serem transformados, como a codeína ou a etilmorfina. É ainda criado o Órgão Internacional de Controlo de Estupefacientes munido da capacidade de impor um embargo aos transgressores.

Ainda em Genebra, mas em 1936 é levada a cabo uma nova Conferência que vota uma "Convenção para a repressão do tráfico ilícito de drogas nocivas", de forma a que os países comuniquem entre si todas as apreensões efectuadas nos seus territórios e todos os elementos que permitam identificar os produtos e os traficantes. Desta forma, ficou criado todo um sistema e um *know how* que permaneceu até à época actual e que talvez tenha contribuído para uma diminuição do número de toxicodependentes nas décadas de 40 e de 50.

Com as mutações ocorridas nos fins da década de 50 e inícios da década de 60, também a droga se torna um fenómeno global e multipolar. Ela está nos quatro cantos do mundo, facilitada pela internacionalização da cultura e dos hábitos juvenis. Entretanto, com a crise e o desenvolvimento das trocas internacionais, o comércio de

estupefacientes torna-se num sector económico sólido no seio dos países ocidentais, ajudando ao progresso de um sector informal, florescente com a crise. A este processo vem aliado o incremento da pequena delinquência levada a cabo para fazer face às despesas diárias de consumo.

Face a esta mudança rápida da relação existente entre a droga e os consumidores e devido à rápida difusão do consumo, os Estados, agora reunidos no âmbito da Organização das Nações Unidas, sentiram necessidade de alterar e actualizar o quadro legislativo internacional. Uma nova convenção foi assinada em Março de 1961, sob o título de Convenção Única sobre Estupefacientes. Este documento procura instaurar uma espécie de “economia dirigida” desde a produção ao consumo, de forma a que estas actividades estivessem reguladas, para fazer face apenas a necessidades médicas e científicas. Elabora quatro quadros onde estão inscritos os produtos directamente relacionados com o fabrico de drogas e que deverão ser controlados. Contém ainda todo um conjunto de disposições exaustivas que vão, por exemplo, desde o combate às plantas de base das drogas naturais até à necessidade de criar condições contra o abuso do consumo e a recuperação dos drogados, do ponto de vista interno. Esta Convenção revoga os tratados anteriores, em matéria de droga, cujos mais importantes foram já analisados.

No entanto, depressa se chegou à conclusão que nem tudo tinha sido regulado por esta Convenção, pelo que se começa a sentir a necessidade de completar o quadro regulamentar daí resultante. Neste sentido, é assinada em Fevereiro de 1971 nova legislação internacional no âmbito da Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas que segue o modelo da Convenção Única de 1961. O seu principal objectivo prende-se com a redução do consumo das drogas sintéticas apenas para fins médicos ou científicos. No que respeita à Tabela I há uma proibição ou um controlo muito estrito

dos produtos aí presentes, enquanto que passando para as restantes tabelas as limitações já não são tão apertadas, limitando-se a licenças e à prescrição de receita médica. Também aqui se exigem grandes controlos internos - licenças, registos, documentação - e são definidas regras ao nível da exportação/importação destes produtos e da luta contra o abuso do consumo.

Desde 1971, as condições económicas e sociais no mundo inteiro alteraram-se. Nomeadamente nos anos 80, o mundo assistiu a um movimento imparável de aproximação das economias, de desenvolvimento das trocas internacionais e liberalização das economias nacionais e ainda de um rápido progresso nas tecnologias, essencialmente das tecnologias da informação. Estes processos potencializam enormes vantagens para os Estados que podem deixar de estar isolados, podendo participar da criação de riqueza a nível mundial. Mas têm também algumas desvantagens. No tocante ao objecto deste estudo, é fácil de ver que a abertura das fronteiras e a tecnologia de transferência de capitais facilitam enormemente a tarefa aos grandes traficantes de droga, uma vez que hoje os capitais circulam livremente, seja qual for a sua origem e a sua natureza (Kopp, 1995, p. 10)" sem que se consigam controlar de forma eficaz tais movimentos. O aumento da produção ilícita, da procura e do tráfico de estupefacientes e psicotrópicos, por um lado, a criminalidade a eles associada, os lucros astronómicos que permitem tudo comprar e corromper e a diversificação das suas rotas internacionais, por outro, fizeram sentir a urgência de um novo documento internacional que pudesse regular tais questões.

Em 1988 é assinada a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Drogas e Substâncias Psicotrópicas. O seu principal objectivo foi o de promover a cooperação entre os signatários, de forma a tornar mais eficaz a luta contra o tráfico internacional de tais

substâncias e contra as organizações criminais envolvidas. Traz uma grande novidade que passa por uma tipificação de infracções penais, indo praticamente a caminho de um direito penal internacional nesta matéria. É um documento que tenta abarcar todos os domínios do tráfico, como a lavagem de dinheiro, a extradição e a questão das fronteiras, por exemplo, alargando, portanto, as áreas de regulamentação.

Numa época em que a droga é cada vez mais um fenómeno global, torna-se crucial criar mecanismos também eles globais para fazer face a este problema. Este é um domínio em que manifestamente os Estados nacionais não têm capacidade para, por si sós, lidarem com ele. Dai a importância da cooperação e aproximação das formas de actuação, ao abrigo destes três instrumentos que o direito internacional pôs ao serviço dos diversos países. Tanto mais que constantemente há alterações, quer na forma de consumo, que é hoje cada vez mais recreativo; quer na produção, com meios tecnológicos mais evoluídos que permitem uma maior produtividade; quer ainda no tráfico com meios sofisticados que permitem a fuga ao controlo nacional.

Portugal é parte integrante desta comunidade internacional e como a esmagadora maioria dos países do mundo, também ele não está a salvo deste fenómeno. O problema tem vindo a acentuar-se nos últimos anos, como se de uma doença do desenvolvimento se tratasse, mas mesmo aqui, ele não é recente. É errada a ideia, geralmente aceite, de que esta questão é fruto do 25 de Abril de 1974. De facto, é a partir dessa data que a sua dimensão alastra, mas isso acontece, da mesma forma, a nível internacional. Assim, temos de recuar algumas décadas para perceber como é que o nosso país tem lidado com tudo o que diz respeito a este assunto.

1.2. O Posicionamento Português

Como afirmam Bachmann e Coppel (1991, p. 54) a história das drogas é uma história de trajectórias surpreendentes, de itinerários imprevistos que ligam, ao longo dos séculos, um continente a outro, numa teia de aranha invisível. Em Portugal, a história da droga e da sua regulamentação é um pouco assim porque está cheia de hesitações, avanços, recuos, que se explicam, em grande medida, pelo desconhecimento da matéria. Tal estado de coisas manteve-se até ao momento em que se tomou consciência de que havia que fazer actuar um grande número de saberes científicos que, em conjunto, pudessem contribuir para solucionar o problema, abandonando fórmulas mais ou menos simplistas de encarar as questões. Aliás, “as leis publicadas em Portugal sobre o consumo e o comércio de drogas surgiram sempre sob impulso e como decorrência de compromissos internacionalmente assumidos pelo Estado.” (Poiares, 1995, p. 21)

O contacto dos portugueses com as drogas ocorreu desde cedo, nomeadamente com o ópio, através da sua expansão para oriente, dedicando-se desde então, ao comércio deste produto. Mas foi no século XIX que se intensificou o interesse por esta actividade, devido às suas características de avultada lucratividade. Daí a grande concorrência entre comerciantes ingleses e lusos para aprovisionar a China, usando, como entreposto, o porto de Macau. É em função disto que Portugal vai tomar uma atitude de oposição em relação aos Estados Unidos e à China (os principais motores da proibição) aquando da discussão no seio das primeiras grandes conferências internacionais sobre ópio. Portugal não poderia esquecer as possíveis consequências que a adopção das disposições presentes nos tratados poderiam trazer, fundamentalmente, para Timor e para Macau, onde o comércio do ópio representaria dois terços do orçamento do território.

Em Portugal, o primeiro registo legal que existe em relação às drogas data de 1914 através da ratificação da Convenção Internacional do ópio, assinada na Haia. Mas foi preciso esperar dez anos para que fossem publicadas as primeiras leis sobre droga, ou seja, a Lei nº 1.687 e o Decreto nº 10.375 de Dezembro de 1924. O seu objectivo era a restrição da importação de produtos proibidos, limitando seu uso para fins médicos ou científicos. Toda a época que vai desde a implantação da República até cerca de 1926, é uma época de grande agitação política e económica, sendo estes os principais factores responsáveis pela queda da I República. Em Maio de 1926, com o golpe militar, põe-se fim a um período marcado pela primeira experiência republicana democrática, iniciando-se um longo período de quarenta e oito anos em que a liberdade foi então bastante limitada.

Nesse ano de 26 é publicado o principal instrumento legal em matéria de droga, o Decreto 12.210 de 24 de Agosto. Ele vai ser dominante até aos anos 70, uma vez que não se sentiu a necessidade de uma actualização, já que a evolução, até essa década, vai ser praticamente inexistente, neste âmbito. No fundo, o que este decreto pretende é adaptar ao ordenamento jurídico interno a Convenção do Ópio de 1925. Aquele Decreto procura regular o comércio legal de drogas, mas também os processos de fiscalização, prevendo-se penas consideradas pesadas (de seis meses a um ano) para o tráfico ou posse ilícitos de droga. Mas a legislação era completamente omissa quanto ao consumidor. A droga era uma preocupação de saúde pública e ainda não se prendia com questões de segurança. Esta lei é fruto de uma época específica caracterizada por um baixo consumo de estupefacientes, levada a cabo, sobretudo pela aristocracia, mas também classe médica, artistas e lupanares. Como nos conta Adolfo Coelho no seu livro de 1934: "O meio em que mais espalhada se encontra a toxicomania, é, sem dúvida, o das prostitutas de luxo que, para imitarem as

suas colegas das grandes capitais europeias, se lançaram nos braços da droga. (...) Nos meios intelectuais também a droga tem, desgraçadamente, alguns adeptos, que estão a vitriolar o seu real talento ao contacto do tóxico corruptor. Nas classes elevadas - a droga é ainda em Portugal um vício de luxo - muitos caso conhecemos em que a morfina e a cocaína dominaram e abastardaram algumas pessoas dignas de melhor sorte" (Coelho, 1934, pp. 218-219). Pela narração deste autor se vê que o consumidor se identificava com as pessoas das classes mais elevadas, com dinheiro, e para quem o aparecimento em tribunal poderia ser altamente prejudicial - talvez venha daí a subalternização do papel do consumidor na legislação de 26. O consumo era limitado às classes mais altas, sem estar generalizado na sociedade, não representando, por isso, uma ameaça, nem criminal nem social, já que os consumidores tinham posses suficientes para manter o seu vício sem o recurso ao crime. Estas eram as grandes características do consumo durante os anos vinte e até aos anos sessenta.

Perto do final da década de sessenta e início da de setenta, o regime antidemocrático do "Estado Novo" parecia caminhar definitivamente para o seu fim. A chamada "Primavera Marcelista" de 1968 e 1969 acabou por não passar de um manifesto de intenções e expectativas, mas nunca se realizou na prática. Registaram-se algumas medidas de liberalização que não foram, no entanto, suficientes para trazerem algo de realmente novo. A contestação começa a alastrar; ao princípio ainda de forma silenciosa, mas com o tempo com uma notoriedade crescente, atingindo rapidamente as universidades. Generaliza-se, então, um movimento de revolta que vai desde o movimento estudantil até ao movimento operário. A pairar sobre tudo isto o descontentamento das Forças Armadas, mormente no que às guerras coloniais dizia respeito. A droga é, pela primeira vez, nesta altura tão conturbada, apropriada pelo discurso político. A situação em relação ao consumo altera-se em comparação com o

período anterior, pois este vai estender-se às universidades, primeiro Coimbra, depois Lisboa e Porto. Ainda assim, a droga não está generalizada a toda a juventude, mas apenas a alguns grupos, relativamente bem individualizados, normalmente filhos de pais ricos. A apropriação por parte do poder político, referida acima, fica patente na campanha publicitária anti-droga denominada "DROGA-LOUCURA-MORTE". Foi uma campanha levada a cabo essencialmente por intermédio de cartazes, que se misturavam com outros, resultantes da agitação política e social, e por isso de menor importância para a comunidade da época, em comparação com os relativos, por exemplo, à Guerra do Ultramar. Esta campanha parece, não ter sido fruto de um apelo por parte da sociedade, uma vez que o fenómeno era ainda muito restrito e dificilmente compreensível pelo comum dos cidadãos.

Surge neste período conturbado de quase revolta um novo dispositivo legal, o Decreto-Lei nº 420/70 de 3 de Setembro (acompanhado da ratificação da Convenção Única sobre Estupefacientes de 1961 - Decreto-Lei nº 435/77 de 12 de Setembro), "por força do *boom* que então se fez sentir (Santiago, 1993, p.5)". O objectivo subjacente a este Decreto-Lei parece prender-se com a figura do consumidor, realçando-se, para isso, a gravidade do consumo de drogas e das suas possíveis consequências para a saúde dos indivíduos. Faz-se ainda referência à ligação entre droga e criminalidade. Isto demonstra uma modificação na ênfase da criminalização pois o poder estabelecido começava a identificar o consumo de drogas com subversão. A verdade é que a penalização do consumo numa altura em que este não era, de forma alguma, geral pode levar a concluir que o que se pretendia com esta legislação era encontrar um *bode expiatório* para o sentimento de revolta que perpassava a juventude portuguesa contemporânea. É verdade que o uso de estupefacientes tem tendência a arrastar consigo comportamentos anti-sociais, mas nesta época não parece ter estado,

a droga, na base de tanta perturbação social. Contudo, o facto permanece: o consumo passou a ser um acto criminoso.

A 25 de Abril de 1974 dá-se a *Revolução dos Cravos* que trouxe consigo uma instabilidade a todos os níveis da vida portuguesa, económica, social, cultural e ideológica. Neste conturbado período pós-revolucionário, as drogas desaparecem por completo como uma preocupação de primeiro plano do poder político. As transformações eram muitas: nacionalizaram-se vastos sectores da economia, legalizaram-se as forças sindicais e as formações políticas, foram dadas as independências aos territórios ultramarinos, o que trouxe consigo uma enorme vaga de refugiados, apelidados então de retornados. Estes retornados traziam consigo grandes quantidades de haxixe e marijuana (chamada *liamba* na África portuguesa), favorecendo a banalização do consumo de tais substâncias. Em 1976, tem lugar uma segunda campanha anti-droga com o nome "FLAGELO DA LIAMBA" de cariz bastante alarmista, sobretudo em relação à realidade do consumo em Portugal. Tal alarme provém, concerteza, de uma vontade de regularizar toda a situação social, na qual a droga é vista como um dos grandes símbolos do estado caótico em que se encontrava o país.

O aumento do controlo a estes produtos, fruto dessa campanha, faz com que o tráfico comece a utilizar meios mais sofisticados de transacção, paralelamente a uma diversificação de produtos, sobretudo heroína, que acarreta uma margem de lucro maior. Surge, então, a figura do drogado com toda a carga pejorativa e negativista que acarreta. O desenvolvimento do consumo daquele opiáceo nos finais dos anos 70 e princípios dos anos 80 leva ao início de um mercado negro, com ele conexo, bastante lucrativo e, naturalmente, a um conjunto de crimes que estão relacionados com o seu uso, como por exemplo, assaltos a farmácias. A utilização do produto deixa de se

fazer no âmbito de pequenos grupos , passando a ser cada vez mais individualizado e em maior número. "Invadira as ruas e praças, consumia à luz do dia, desafiava a pacata tranquilidade social, quer nos grandes centros, quer em recônditas localidades".(Poiares, 1995, p. 25).

Face ao aumento de importância deste problema, o Estado sentiu necessidade de criar algumas instituições, entre 1975 e 1982, com competência específica neste domínio, quer em termos policiais através do Centro de Investigação e Controlo da Droga (CICD), ligado à Polícia Judiciária, quer médicos e sociais através do Centro de Estudos e Profilaxia da Droga (CEPD), sob orientação do Gabinete de Coordenação do Combate à Droga (GCCD). Estavam assim, criados os primeiros mecanismos institucionais que tinham como objectivo a intervenção e coordenação de esforços de forma a fazer face a um problema tão complexo e multidimensional, como aquele que se estava a criar com a droga, naquela altura. O que esta actividade legal e institucional permite observar é que a concepção do drogado oscilava entre um delinquente (concepção resultante da legislação de 1970) e um doente que havia que tratar e apoiar.

Neste ambiente, de crescente consumo e de aumento da complexidade a ele ligado, surge o Decreto-Lei nº 430/83 de 13 de Dezembro, sob influência da Convenção das Nações Unidas sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971, e que vai instituir um novo regime legal, revogando a legislação de 1970. "São duas as grandes linhas que transparecem do regime então fixado(...). Assim, a certeza e a necessidade de reprimir o tráfico, por um lado e a dúvida sobre o que fazer ao toxicodependente, são as condicionantes de todo o Decreto-Lei (Lopes, 1993, p. 106)." A ideia base é a de tentar poupar o consumidor, dispensando-o pelo menos do cumprimento da pena. Pretende-se censurar o acto de consumir poupando ao mesmo tempo o consumidor, já que este

é um doente que necessita de tratamento e de ser reinserido na sociedade. Começa a sentir-se, de forma muito premente, a necessidade de intervenção de vários campos do saber, fugindo a uma actuação que passava pela pura e simples penalização. Contudo, apesar de todas estas preocupações o consumo continua a ser penalizado, podendo, no entanto, recorrer-se à admoestação ou, mesmo esta, ser dispensada. Daí a sensação de alguma indefinição e hesitação em relação à forma de relacionamento com o utilizador. Por outro lado, manifesta-se de forma acentuada uma grande preocupação em relação ao tráfico, aproximando-o das disposições relativas às organizações terroristas, apertando, cada vez, mais o controlo aos traficantes e às suas fortunas, pois não é apenas o traficante que se vê privado de liberdade, como também, os seus bens ilícitos são confiscados. Por fim, aparece a figura do traficante-consumidor, também ele penalizado.

A década de 80 é marcada por grandes transformações a nível internacional, com repercussão no interior do país. São exemplo disso, a queda do muro de Berlim, a contracção económica nos países capitalistas ocidentais, o aprofundar do fosso entre economias desenvolvidas e em desenvolvimento. Mas, ao nível que nos interessa, sobretudo, a integração das economias, o desenvolvimento das tecnologias da informação, a liberalização das fronteiras, e o aparecimento de um desemprego estrutural na Europa, agravando os fenómenos de exclusão social, estarão entre os factores que mais terão contribuído para a expansão assustadoramente rápida do fenómeno da droga. Do ponto de vista do tráfico, os três primeiros factores concorrem para a sua expansão e para a maior facilidade do branqueamento de capitais, que consiste na dissimulação da sua origem e da sua natureza, tornando a droga num problema quase mundial. Quanto ao desemprego e à exclusão estarão, porventura, entre os que levam a um aumento do consumo nos países ricos do norte.

Portugal não está a salvo destas questões, pelo que foi criando mecanismos institucionais como o Projecto Vida em 1987, os Centros de Atendimento de Toxicodependentes (CAT), o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), que absorveu o CEPD, de forma a ter os instrumentos com os quais pudesse fazer-lhes frente. Juntamente a este procedimento interno, foi aprovado um tratado internacional no âmbito das Nações Unidas sobre tráfico ilícito de estupefacientes, de 1988 e alguns acordos internacionais, nomeadamente com o Brasil, a Espanha e os PALOP, exactamente porque um país isoladamente não conseguirá fazer frente a tantos e tão complexos problemas.

Chegados a 1993, é aprovada uma nova lei no âmbito da droga, Decreto-Lei nº 15/93 de 22 de Janeiro que vem substituir a legislação de 1983. Ela procura ser mais clara em relação aos consumidores e mais rigorosa ainda no que respeita aos traficantes. Enquanto os primeiros são inegavelmente vistos como doentes, necessitando de tratamento; os segundos são criminosos cujas penas são agravadas, e onde a cooperação ao nível da investigação é aprofundada, quer internamente, entre as diversas autoridades, quer internacionalmente entre os diversos países. O consumo não foi ainda despenalizado, mas a verdade é que o recurso à pena se torna praticamente residual. O crime de consumo foi mesmo alargado para o campo do crime por causa do consumo "consentindo-se que, comprovada a toxicodependência, o arguido veja a pena ser suspensa, submetendo-se ao tratamento - é a fase da compreensão plena do problema, admitindo-se(...) que é injusto punir um doente" (Poiares, 1995, p. 27). Ao nível do tráfico convém ainda salientar a regulação de três novos crimes: o tráfico de precursores, a criminalização do branqueamento de capitais e o crime de associação criminosa relativo ao tráfico.

A situação actual não se alterou muito em relação aos primeiros anos da década de 90. A droga constituiu-se como o negócio mais rentável do planeta, a seguir ao petróleo e talvez ao tráfico de armas, e o número de toxicodependentes tem vindo a crescer independentemente de todos os esforços e dinheiro gastos pelos Estados. Em Portugal, parece assistir-se, nos últimos tempos a um aumento do consumo recreativo, essencialmente de drogas sintéticas, como o ecstasy. Para além disso, os consumidores já não estão apenas concentrados nas grandes áreas urbanas, generalizando-se os casos em meio rural e no interior, em função da proximidade de Espanha e da eliminação das fronteiras entre os Estados ibéricos.

CAPÍTULO II - O Domínio da Prevenção

Como já houve oportunidade de verificar ao longo deste texto, a questão da droga é muito complexa e exige uma abordagem multidisciplinar. Daí se pode intuir que a forma de relacionamento de cada Estado com tal fenómeno não é linear, mas antes diversa. Os Estados podem ter capacidade de actuação quer ao nível da produção, do comércio ou do consumo. Obviamente que estes três campos de actuação estão intimamente ligados e apenas para fins metodológicos se pode tentar separá-los, de forma a facilitar a análise.

Quanto à questão da produção, os Estados que directamente se prendem com ela são provenientes, fundamentalmente, de três regiões do planeta: a América do Sul, essencialmente a Bolívia e o Peru, e em menor grau, a Colômbia, para a coca; o *Triângulo Dourado*, Laos, Tailândia e Birmânia; e o *Crescente Dourado*, Irão, Afeganistão e Paquistão, no caso da papoila de ópio - isto, considerando-se apenas as zonas de produção tradicional e só para a folha de coca e a papoila de ópio. Como se pode ver, estes Estados têm em comum o facto de fazerem parte do grupo dos países em desenvolvimento, com todas as características inerentes, como sejam, por exemplo, um baixo rendimento *per capita*, um aparelho produtivo ineficaz e, por vezes, inexistente, elevado grau de analfabetismo e condições sanitárias muito precárias. As más condições de vida do campesinato são as principais responsáveis pelo crescimento destas produções. Elas sempre existiram, mas mantinham-se a níveis suficientes para o autoconsumo das populações. Contudo, as suas condições de vida, aliadas ao crescimento da procura nos países industrializados, levam os agricultores a virarem-se para tais produções. Tanto mais que estas plantas dão, por ano, um maior número de colheitas, com menos esforço e são vendidas a um preço muito superior ao

dos restantes produtos agrícolas, até porque são alvo de proibição nos locais de consumo, criando um mercado negro, altamente rentável, sobretudo para os traficantes. Mesmo algumas políticas de desenvolvimento levadas a cabo pela comunidade internacional e enquadradas no seio do Fundo Monetário Internacional, apenas contribuíram para um agravamento da situação, já que normalmente elas acarretam perda de postos de trabalho, levando as pessoas a dirigirem-se para as zonas rurais onde estes produtos são criados. Portanto, ao nível da produção, a resolução do problema passa necessariamente por políticas de desenvolvimento globais que permitam a criação de alternativas reais a estes rendimentos. Isto implica, como é óbvio, uma intervenção dos países do norte de forma a facilitarem um acesso livre, aos seus mercados, dos produtos de exportação tradicionais, e com níveis de remuneração muito próximos dos obtidos com os produtos considerados prejudiciais. Porém, uma coisa é certa, enquanto houver consumo, haverá produção.

Quanto ao comércio, ele é o responsável pela distribuição destes produtos a nível global. A facilidade dos meios de comunicação e de transporte é, como já vimos, uma das principais características do mundo em que vivemos. Se este é, por um lado, um factor de dinamização das economias e de riqueza, ele é também um factor de perda de controlo por parte dos Estados, pelo que se torna mais fácil traficar os produtos ilegais e branquear os capitais daí resultantes. As rotas do tráfico são variadas de acordo com os produtos, os países de origem e os de consumo final e vão sendo modificadas em função de acontecimentos próprios à história da humanidade. É aquilo que acontece, neste momento, na Europa de Leste, que passou a ser, não apenas uma zona de trânsito da droga do oriente para a Europa, mas constitui-se hoje como uma das principais áreas de produção de papoila e também de drogas sintéticas. Na verdade, as rotas existem já por quase todo o planeta e em todas as direcções. Na África ocidental, produz-se *cannabis*, já não apenas em Marrocos; existem plantações

de papoila na África do Sul; fazem-se experiências de cultivo da planta da coca nas Filipinas, na Nigéria e até na Geórgia; o ecstasy é produzido essencialmente na Holanda, mas nas repúblicas da ex-URSS, graças ao grande número de engenheiros químicos de qualidade no desemprego, essa produção começa agora a generalizar-se; enfim, todo o planeta ferve de actividade, se não ao nível da produção, pelo menos na comercialização. Isto torna essencial, também aqui, um grande esforço de cooperação, sobretudo ao nível policial. A troca de informações, de métodos, de procedimentos e de esforços entre as forças da segurança dos diversos países é essencial para as munir de armas, pelo menos, tão próximas quanto possível daquelas que têm os traficantes, dotados de uma enorme capacidade. Este esforço de aproximação tem já vindo a ser efectuado no âmbito da INTERPOL, mas também, para a União Europeia, no âmbito da futura EUROPOL e na tentativa de harmonização das legislações nacionais, em todas as matérias consideradas importantes para combater os cartéis e todas as organizações criminosas, em geral. O princípio é de que os Estados, por si sós e em conjunto, não se devem poupar a esforços e, dentro do possível, a custos para combater estes inimigos que dispõem de imensos recursos financeiros e técnicos, e que estabelecem, com frequência, acordos de parceria entre si, tornando-os ainda mais inexpugnáveis e poderosos.

Finalmente, importa analisar o problema do consumo. O consumo prende-se, essencialmente, com os países ricos do Norte, já que a utilização de tais produtos nos países do Sul, nomeadamente, nos países produtores sempre se limitou a quantidades mínimas, dos produtos naturais, sem a respectiva transformação química. Embora hoje esta situação tenha vindo a inverter-se (com aumento do consumo de estupefacientes nos países produtores, do Sul), a verdade é que é da responsabilidade dos países desenvolvidos do Norte o grande *boom* que a procura mundial de drogas sentiu, sobretudo, a partir dos inícios da década de 80. Daqui, a

mudança dada à ênfase do problema. Numa primeira fase considerava-se que o problema estava na redução da produção e portanto, a responsabilidade era dos países produtores. Esta visão evoluiu, entretanto, para uma responsabilidade conjunta, mas em que aquilo que é fundamental é reduzir a procura nos países ricos. As drogas são uma mercadoria que, como qualquer outra, são afectadas pelas condições da oferta e da procura, pelo que acabando com a sua procura deixa de haver necessidade de se produzir aquele artigo. É, fundamentalmente, seguindo esta visão que os Estados ocidentais, nomeadamente na Europa, têm levado a cabo o seu relacionamento com a droga.

Portugal não é excepção. Por isso se foi munindo, ao longo do tempo, de mecanismos que pudessem levar a cabo, da melhor forma possível, a missão de fazer face a um problema que é hoje uma questão de Estado. Parece importante, nesta altura, perceber como é que o país se foi organizando, que competências se foi atribuindo, e sobretudo, que montantes esteve disposto a disponibilizar neste processo. Entramos assim no objecto, mais concretamente, visado por esta análise.

Como já referimos, até ao final da década de 70 não havia uma grande preocupação, em Portugal com a questão da droga, daí que só em 1976 tivessem sido criados os primeiros serviços relacionados directamente com ela. Eles foram o Gabinete de Coordenação do Combate à Droga (GCCD) que estava dependente da Presidência do Conselho de Ministros (mais tarde do Ministério da Justiça) e que se constituiu como o serviço de coordenação do combate à droga, recebendo informações das duas outras instituições: o Centro de Estudos e Profilaxia das Drogas (CEPD), responsável pela redução da procura; e o Centro de Investigação e Controlo da Droga (CICD) que tinha que ver com o problema da redução da oferta, a nível nacional. A complexidade do problema e a sua generalização tornou clara a urgência em alterar este quadro, pois

era óbvia a faceta multidisciplinar do fenómeno. Não era do domínio exclusivo da Justiça, mas também o não era da Saúde, já que as suas implicações se interpenetravam e influenciavam. No entanto, foi preciso esperar até 1987 para que se criasse um plano interministerial com o objectivo de tratar de forma integrada o problema da toxicodependência, assim nasce o Projecto Vida. Também nesse ano, o Ministério da Saúde criou o Centro de atendimento das Taipas e dois anos depois, dois novos centros desta natureza, em Faro e no Porto. Em 1990, ainda neste Ministério foi criado o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), com o objectivo de dar origem e gerir os novos Centros de Atendimento de Toxicodependentes que acabariam por integrar os CEPD. Enquanto isto, o próprio Projecto Vida ia sendo alterado de forma a adaptar-se às novas solicitações e às novas realidades, tornando-se mais complexo e fazendo aparecer, em 1992, o cargo de Alto Comissário. Fruto desta evolução, atingimos uma organização, que é aquela que se mantém actualmente, e que, por isso mesmo, importa analisar. Tal análise é essencial, não apenas como ponto de situação, de forma a conhecermos a filosofia inerente ao Estado português em matéria de drogas, mas também porque é com base nela que vai estar estruturada toda a exposição daqui para a frente.

Este estudo vai começar exactamente pelo Projecto Vida, já que ele se constitui como pedra angular de todo o acervo relativo à droga em Portugal. Depois, estudar-se-ão todos os outros departamentos estatais que com ela estão ligados, nesta matéria, de forma a conhecer como se articulam quer ao nível das suas acções, quer das suas competências.

2.1. Projecto Vida

Como foi dito anteriormente, até 1987 não existia um plano integrado para lidar com as questões da droga. Isto só viria a acontecer com a criação do *Programa Nacional de Combate à Droga*, designado *Projecto Vida*. Este mecanismo foi sendo alvo de algumas alterações que culminariam em 1996 com uma nova legislação, Decreto-Lei nº193/96 de 15 de Outubro, que renova a sua capacidade de intervenção, ao unificar e rentabilizar os instrumentos colocados à sua disposição. Isto porque “entendeu o Governo, ao eleger a problemática da toxicodependência como uma prioridade nacional, ser necessário proceder à reflexão, sistematização, avaliação e reforço dos instrumentos e medidas até aqui em vigor” (Presidência do Conselho de Ministros, 1996, p. 3.598). Esta nova legislação não vem alterar substancialmente o cariz do Projecto. Contudo, ele deixou de ser um programa de combate à droga e passou a denominar-se *Programa Nacional de Prevenção da Toxicodependência - Projecto VIDA*. Esta mudança de designação prende-se com o facto de que, apesar de se poder intervir tanto na redução da procura como na redução da oferta, o Governo pretende que o Projecto Vida privilegie a acção no domínio da procura, através da prevenção primária, secundária e terciária. Isto não quer dizer que fique de fora o “efeito dissuasor sobre a oferta de substâncias aditivas ilícitas. Por isso, é desejável aperfeiçoar as estruturas de articulação, estimulando a cooperação, a nível nacional, entre a coordenação do Programa Nacional de Prevenção da Toxicodependência e as entidades responsáveis pelo combate à droga, quer ao nível da troca de informação quer ao nível de medidas concertadas (Presidência do Conselho de Ministros, 1996, p.3.598)”. Este diploma confere ainda uma grande importância à acção da sociedade civil, num ponto de vista de subsidiariedade, e à cooperação entre os serviços públicos, as autarquias, e as Organizações Não Governamentais (ONG). Contudo, daquilo que

ficou expresso, conclui-se que é ao nível da prevenção (primária, secundária e terciária) que a acção do Programa mais se vai fazer sentir.

O escopo do Projecto Vida é, assim, genérico mas ambicioso, porquanto se institui como o instrumento de dinamização da sociedade, com vista à resolução do problema da toxicodependência. Compõem-no cinco órgãos. Uma Comissão Interministerial, cujos objectivos são os de promover uma coordenação entre os diversos ministérios envolvidos, conceder os recursos necessários à execução das medidas adoptadas no seio do Projecto e aprovar os seus planos de desenvolvimento. Os ministérios que fazem parte desta comissão, e que vão ser objecto de análise particular ao longo deste trabalho, são o Ministério da Defesa Nacional, Ministério da Administração Interna, Ministério da Justiça, Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Ministério para a Qualificação e o Emprego, Ministério da Solidariedade e Segurança Social e, finalmente, o Ministro Adjunto. O Conselho Nacional de Prevenção da Toxicodependência é um órgão de consulta do Primeiro Ministro que visa, essencialmente, emitir pareceres e formular sugestões ao nível das medidas a tomar no âmbito do Projecto Vida. Depois, temos o Alto-Comissário para o Projecto Vida que é responsável por garantir que os objectivos do Projecto sejam prosseguidos através da consciencialização da sociedade e da interligação entre os serviços públicos e os organismos privados que trabalham nesta área. Existe ainda a Comissão Coordenadora Nacional que, como o nome indica, é o órgão coordenador do programa. Constituído por representantes dos ministérios referenciados, cabe-lhe “coordenar, supervisionar, acompanhar e avaliar, dentro de cada ministério, as medidas a desenvolver no âmbito do Projecto Vida (Presidência do Conselho de Ministros, 1996, p.3.600)”. Os Núcleos Distritais do Projecto Vida são os órgãos que procuram levar a cabo, ao nível distrital, os objectivos definidos pelo Projecto. Importa ainda referir, no seio desta análise, o Observatório Vida. Ele foi criado em 1994, mas

só com a legislação de 1996 vê a sua existência oficialmente reconhecida, dependendo formalmente do Projecto Vida. Ele institui-se como forma de promover a recolha e tratamento de dados, e de implementação de estudos de investigação. Para além disso, ele toma-se o ponto focal nacional, ou seja, a ele compete reunir e divulgar informação de e para o Observatório Europeu das Drogas e da Toxicodependência (OEDT) e para a Rede Europeia de Informação sobre Toxicodependência (REITOX). Todos os parceiros europeus têm um dispositivo similar a este nos seus países de forma a facilitar a troca de informação, de experiências e pontos de vista. Esta é a estrutura organizacional adoptada por Portugal para lidar com o fenómeno da droga.

O Gabinete do Alto Comissário (GAC) para o Projecto Vida, ao longo do ano de 1995, foi responsável, em exclusivo ou em parceria, por um sem-número de acções no âmbito da prevenção da toxicodependência. A título ilustrativo podemos referir algumas, como habilitar as Associações juvenis para o desenvolvimento de projectos de prevenção das toxicodependências junto dos seus pares, promover a reflexão sobre o papel da família em termos de prevenção, tratamento e reinserção e conhecimento dos projectos das instituições governamentais e não governamentais, isto ao nível da prevenção primária; melhorar a qualidade da intervenção no tratamento de toxicodependentes, implementar o apoio a grávidas toxicodependentes, seropositivos toxicodependentes e crianças filhos de toxicodependentes, informar e sensibilizar as famílias afectadas pela toxicodependência, na prevenção secundária; facilitar e viabilizar a intervenção de ONG, aumentar as oportunidades de emprego para ex-toxicodependentes, promover o enquadramento legal de mecanismos indispensáveis à inserção profissional de ex-toxicodependentes, do ponto de vista da prevenção terciária. Servem estes exemplos para se perceber um pouco do tipo de actividades levadas a cabo pelo GAC no âmbito das suas competências.

Para este tipo de intervenção e para o ano de 95, o orçamento ao dispor do GAC foi de 1.015.720 contos, dos quais 500 mil provenientes do Orçamento Geral do Estado e 515.720 provenientes do jogo social JOKER. Em 1996 esse orçamento sofreu uma queda, já que o seu total se ficou pelos 961.705 contos (373.100 e 588.605 contos respectivamente).

2.2. Ministério da Educação

Este é um dos departamentos estatais que mais directamente está ligado à prevenção primária das toxicodependências. Tal facto torna bastante complicado de definir aquilo que é especificamente relativo à droga, daquilo que são actividades de promoção de uma vida saudável, em geral. Em última análise, tudo aquilo que o Ministério faz é na busca de um enriquecimento cultural, ou na procura desse tipo de actividades. Porém, o estudo deste organismo vai recair sobre aqueles programas e projectos de que o Ministério dispõe e que visam, directa ou indirectamente, a promoção da vida sem drogas.

Neste sentido, há que afirmar que a partir de 1979, o Ministério da Educação começou a desempenhar actividades e a definir programas, em meio escolar, de forma continuada e em grande colaboração com os organismos públicos então existentes. Juntavam-se professores (chamados Mediadores) dispondo de redução de carga horária com alguns técnicos desses organismos, no sentido de apoiarem alunos com problemas de comportamento que tivessem a sua origem, directa ou indirectamente, no uso de drogas. Já no âmbito do Projecto Vida, isto é, a partir de 1987 foram destacados professores (chamados Operadores) para apoiarem as escolas quanto à informação, sensibilização e formação relativas à questão da prevenção das



toxicodependências. Entretanto, devido à experiência acumulada e à preocupação generalizada trazida pela evolução do fenómeno, foi nomeado um Representante Sectorial, no Ministério da Educação, para coordenar o desenvolvimento de um Plano de Prevenção em meio escolar e para desenvolver e avaliar projectos de acção integrados no Projecto Vida, ao nível de pedagogias alternativas e actividades extra escolares. Esta evolução deu-se em 1990, aquando da reestruturação do Projecto Vida. Com o objectivo de implementar esse plano no sistema educativo foi criado o *Projecto Viva a Escola* (PVE), enquanto projecto piloto, destinado a ser desenvolvido em sessenta escolas, posteriormente alargado, com um prazo previsto de avaliação a três anos. O Ministério viria, em 1993, a reorganizar a sua intervenção, ao criar o Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES) que integrou o *Projecto Viva a Escola* e alargou a sua área de intervenção ao nível de um maior número de temas e também através do desenvolvimento de alguns projectos no terreno que advêm de necessidades sentidas pelas diferentes comunidades educativas.

Desta forma, caracterizar-se-á a intervenção do Ministério segundo uma análise temporal, começando por ver como evoluiu o Projecto Viva a Escola e de que forma se chegou à estrutura actual, com predominância atribuída ao PPES.

O PVE é, como foi referido, "um projecto de investigação/acção/formação que nasceu no ano lectivo 1990/91 para operacionalizar o Plano de Prevenção em Meio Escolar criado pelo Despacho 96/ME/90, de 19 de Junho (Programa de Promoção e Educação para a Saúde, 1995/96, p. 2)". No ano lectivo de 1995/96 eram 316 os estabelecimentos de ensino integrados no Projecto. Em cada escola, o coordenador e os diferentes elementos da comunidade educativa, que constituíam as equipas do Projecto, realizavam actividades em função das necessidades, dos problemas, dos recursos disponíveis e das prioridades e objectivos definidos. Para tal, os

coordenadores das equipas tinham uma redução de quatro horas semanais e as equipas eram apoiadas e acompanhadas por Professores Operadores, que eram professores destacados e que recebiam formação específica. Com o objectivo da realização das suas actividades, as escolas receberam um subsídio anual de 350 contos para os jardins de infância e escolas do 1º ciclo e de 600 contos para as restantes.

Muitos foram os princípios orientadores do Projecto Piloto de Prevenção Primária, não específica, de Toxicodependências em Meio Escolar - Projecto *Viva a Escola* - entre os quais podemos destacar alguns: “a complexidade dos factores de risco na toxicodependência exclui a premissa de uma única teoria, modelo ou abordagem como válidas. A necessidade de articulação entre os diferentes modelos de intervenção em Prevenção Primária com o conhecimento da escola como organização na sua cultura específica. Por contraponto às características mais gerais da personalidade dos toxicodependentes, nomeadamente a sua dimensão de alienação, a escola tem de ser capaz de construir um espaço de vivências fortalecedoras do ‘saber-ser’ - autonomia, auto-estima, integração social (...). Os adolescentes e os jovens não alteram os seus comportamentos em consequência do discurso dos adultos. Por outro lado, a dificuldade de comunicação na escola pode constituir um factor de risco de toxicodependências(...)” (Programa de Educação e Promoção para a Saúde, 1995/96, p. 4).

Tendo em conta estes princípios orientadores foi possível estabelecer o seu objectivo geral de criação de um clima saudável e de cooperação entre os alunos; mas também os seus objectivos específicos, definidos por cada escola, de acordo com as carências sentidas e como parte integrante da identidade e do plano de actividades da escola. Para alcançar estes objectivos, sentiu-se a necessidade de introduzir técnicas de

participação dos alunos nas actividades curriculares e mesmo de responsabilizá-los e envolvê-los na concepção e realização de algumas dessas acções. As actividades são da iniciativa e estão a cargo de cada escola, mas sempre de acordo com os princípios orientadores do *Projecto Viva a Escola*. Cabe, portanto, a cada uma das escolas a candidatura ao PVE e a este compete a selecção dos estabelecimentos em melhores condições para acederem ao Projecto. Obviamente que aqueles que se encontram em melhores condições são os que consigam que a sua proposta melhor se adeque aos objectivos gerais definidos para a prevenção primária de toxicodependências em meio escolar e em que se trate de escolas com forte incidência de problemas relativos à exclusão e à criminalidade. Este processo levou a que das 178 escolas que inicialmente, 1990/91, se candidataram, tenham sido seleccionadas 63, até porque a inovação do PVE estava dependente de dois factores muito importantes: a análise efectuada por cada escola e a capacidade da escola para encontrar respostas criativas e mobilizadoras de toda a comunidade educativa.

Para compreender exactamente o que foi sendo feito, talvez valha a pena indicar, a título de referência, algumas das actividades levadas a cabo, tendo presente que estas foram muito variadas, como variados são os climas das escolas e os seus contextos geográficos, culturais e económicos. Cabem, neste âmbito, o melhoramento da zona escolar, como seja, a criação de um espaço para actividades musicais; acções de pesquisa e recuperação de tradições locais ou regionais; sensibilização sobre a toxicodependência, na qual se procede à informação e discussão sobre as causas e consequências do consumo de substâncias tóxicas; actividades físicas, fundamentalmente lúdicas, procurando incidir sobre modalidades habitualmente menos exploradas, quer na educação física quer nas actividades desportivas complementares, como a espeleologia ou a canoagem; festas, feiras, concursos e produção artística, entre muitos outros. A avaliação efectuada, quer do ponto de vista

interno quer externamente, das acções levadas a efeito e cujos alguns exemplos ficaram registados, foi no sentido de que os objectivos definidos eram adequados e o efeito na qualidade de vida da escola era positivo. Tal avaliação parece pois demonstrar que os resultados alcançados, através da intervenção das escolas, ao nível da prevenção primária das toxicodependências foram bastante satisfatórios.

Quanto ao Programa de Promoção e Educação para a Saúde, ele foi criado pelo Despacho 172/ME/93 de 13 de Agosto, na sequência das actividades desenvolvidas no âmbito do Projecto VIDA/Ministério da Educação - Projecto *Viva a Escola* que nele foram integradas. Este Programa apareceu visando desenvolver estratégias de promoção e educação para a saúde em todos estabelecimentos de ensino que integram o sistema educativo. Para isso estabeleceu como metas a atingir, a criação e potenciação das condições escolares que favorecessem a saúde e o bem-estar de toda a comunidade educativa e o sucesso escolar dos alunos, para além de todo um esforço no sentido de fomentar a formação contínua de professores e a articulação eficaz entre as escolas e as restantes estruturas públicas e privadas, de forma a definir as respostas adequadas aos problemas no âmbito da promoção e educação para a saúde, nomeadamente na prevenção primária da toxicodependência e da SIDA.

O PPES definiu, assim, algumas áreas de intervenção. A principal, quanto aos meios utilizados, diz respeito à Promoção e Educação para a Saúde (PES). Para atingir as respostas adequadas e coordenadas aos problemas deste campo continuou-se a implementar o PVE, mas surgiram novos domínios, como foram os Projectos de Férias com o objectivo de dinamizar as escolas para a utilização lúdica dos seus espaços nos períodos não lectivos e para a organização de actividades alternativas de ocupação dos tempos livres dos alunos; o Projecto de Prevenção Específica de uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, SIDA e ainda hábitos menos saudáveis existentes na

sociedade dos nossos dias; o Projecto de Formação de Professores na temática VIH/SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis; e, finalmente, o Projecto Experimental de Educação Sexual e Promoção da Saúde nas Escolas. Para além do PES também a Formação aparece como uma áreas de intervenção, quer ao nível dos protagonistas do processo educativo, das equipas locais, regionais e nacionais do PPES, quer da formação de formadores no âmbito do PPES. Para terminar, falta indicar, as restantes áreas de intervenção, quais sejam, a selecção, produção e divulgação de instrumentos e materiais didácticos; a colaboração com entidades públicas e privadas a nível nacional e internacional; e ainda, estudos de investigação no domínio da toxicodependência.

Para o ano de 1995, calcula-se em 420 mil contos o montante que o PPES terá destinado a acções ligadas aos estupefacientes, quer no âmbito de actividades concretas nesse domínio, quer no âmbito mais geral da promoção de uma vida saudável, mas com especial incidência na prevenção primária da toxicodependência. Por isso, se é certo que a prevenção primária inclui domínios para além das drogas, também não deixa de ser verdade que este é o principal objectivo dessa prevenção.

Dentro dos mesmos pressupostos, pode afirmar-se que no ano de 1996 houve uma pequena queda na atribuição de fundos a estes objectivos, uma vez que apenas foi consagrado um quantitativo de 372 mil contos.

2.3. Ministro Adjunto

2.3.1. Instituto Português da Juventude

Tal como para o Ministério da Educação, também aqui é difícil conhecer os meios colocados à disposição do Instituto no respeitante à toxicodependência, já que toda a sua actividade visa a promoção de uma vida saudável, na qual, a prevenção primária daquela constitui um dos seus factores. Na realidade, as atribuições do IPJ passam, genericamente, pela integração social dos jovens e pela sua participação cívica, o que significa que toda a sua acção é levada a cabo de forma a evitar, desde logo, situações possivelmente propiciadoras de comportamentos menos sãos ou anti-sociais. Frequentemente, as suas realizações estão ligadas, de facto, à prevenção primária das toxicodependências, mas quantificar esse esforço é bastante difícil. Tal facto é tanto mais verdade, quanto é certo que o IPJ actua, muitas vezes, em associação com outras entidades, dando-lhes apenas apoio quando se trata de problemas que afectem directamente a juventude. É o que acontece com o Projecto VIDA, aquando da sua participação em acções levadas a cabo a nível distrital, em colaboração com associações juvenis desses distritos. Em geral, os apoios são do tipo logístico, não sendo, por essa razão, facilmente quantificáveis as verbas despendidas pelo Instituto.

Neste sentido, apenas se considerarão os montantes explicitamente consignados a acções que visem a prevenção da droga. Com este perfil, registou-se a atribuição de quatro subsídios cujos valores atingiram os 6.595 contos. Para o ano seguinte foi, contudo, impossível determinar qualquer acção quantificável, em termos de subsídio, para o combate à toxicodependência.

2.4. Ministério do Emprego e da Segurança Social

Actualmente, a estrutura orgânica do governo fez desaparecer este ministério, cindindo-o em dois novos ministérios, o Ministério da Qualificação e Emprego (MQE) e o Ministério da Solidariedade e Segurança Social (MSSS). Uma vez que os dados aqui estudados se reportam ao ano de 1995, decidiu-se manter a estrutura vigente nesse ano, pelo que esta análise foi dividida em duas partes, começando pelo que é hoje o MSSS e abordando depois o que é da competência actual do MQE.

Segundo o Decreto-Lei nº 35/96 de 2 de Maio, o MSSS é, por definição, o departamento governamental responsável pelas políticas de segurança social e de inserção social, a quem cabe, através da sua Direcção Geral de Acção Social (DGAS), elaborar os estudos necessários à formulação de medidas de política e estratégia em matéria de acção social e propor a definição de quadros normativos reguladores das modalidades de acção social das instituições não lucrativas. Assim e no âmbito da sua acção, a DGAS procura levar a cabo determinadas acções que pretendem minimizar os efeitos nefastos da toxicodependência. A DGAS, conjuntamente com os Centros Regionais de Segurança Social e serviços sub-regionais, efectua acções ao nível da prevenção secundária e terciária, e indirectamente, da prevenção primária.

Quanto às primeiras, o apoio a Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e a criação de equipamentos adequados para a recuperação e tratamento de toxicodependentes dependem de subsídios que visam a construção ou readaptação de imóveis para esse fim. Para além da sua própria actuação, o tratamento e reinserção dos toxicodependentes é também apoiado por este Ministério através de protocolos de cooperação que visam a manutenção das acções levadas a cabo por

essas IPSS. Assim, a actividade do Ministério passa pela intervenção a diferentes níveis e através de diferentes modalidades:

“a) Equipas de apoio social directo: equipas que intervêm directamente junto de pessoas com problemas de toxicodependência e suas famílias, e de uma forma geral em áreas geográficas afectadas pelo problema, vocacionadas para adaptação a diferentes situações, devendo integrar, entre outros, técnicos de serviço social, agentes educativos e monitores;

b) Centros de dia: unidades assistenciais para tratamento ambulatorio de apoio psicológico e socioterapêutico, dispondo de actividades ocupacionais diversificadas e destinadas a ocupar, organizar, motivar e ajudar os indivíduos a descobrir interesses e capacidades, sendo a equipa técnica constituída, nomeadamente, por monitores, técnicos de serviço social e terapeutas ocupacionais, com o apoio de psicólogos e ou psiquiatras;

c) Comunidades terapêuticas ou comunidades residenciais de estada prolongada (CREP): unidades de internamento, habitualmente sem recurso regular a terapêutica medicamentosa, com apoio psicoterapêutico e ou socioterapêutico desenvolvido por monitores, técnicos de serviço social, psicólogos e outros técnicos, com o apoio médico de clínica geral e consultoria em psiquiatria.

d) Apartamentos de reinserção ou casas de saída são locais destinados a toxicodependentes tratados em comunidade terapêutica, que se confrontam com problemas de reinserção, funcionando como apoio na fase de transição (reinserção familiar, social, escolar e profissional), assegurado por técnicos de serviço social e monitores, com consultoria de psicólogo ou de psiquiatria” (Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 1996, p. 14.242-2)

No domínio da prevenção primária, este Ministério intervém em articulação com os Núcleos Distritais do Projecto Vida e com os Centros de Atendimento de

Toxicodependentes, prossequindo algumas acções, que passam, por exemplo, por serviços de atendimento para encaminhamento de jovens e centros de convívio juvenis; acções de informação e de sensibilização; acções de formação; e enfim todos os projectos de integração sócio-económica que evitem a exclusão e a marginalização sociais. Resta falar de uma outra acção que o MSSS tem desenvolvido através dos Centros Regionais de Segurança Social (CRSS) e que é o apoio técnico e financeiro directo aos toxicodependentes e suas famílias, na sua maioria, para o pagamento de mensalidades em IPSS.

Com base no Relatório de Actividades da DGAS para o ano de 1995, analisar-se-ão as acções de cooperação entre esta Direcção Geral, as IPSS e as ONG. Quanto à criação, construção de raiz e beneficiação de CREP e de Apartamentos de Reinserção foi concedida uma verba do PIDDAC no valor de 5 mil contos apenas para a continuação das acções desenvolvidas em 1994. Daí que se tivesse sentido a necessidade de garantir, por intermédio do jogo social JOKER, verbas adicionais para a eventual celebração, em 1995, de dezasseis novos acordos de cooperação, sendo dez relativos a CREP, um para Centro de Dia e cinco para Apartamentos de Reinserção. Contudo, estes acordos não viriam a concretizar-se. Houve, ainda, a revisão, por aumento de capacidade, de cinco acordos, sendo quatro para CREP - no valor de 21.114 contos - e um para Apartamento de Reinserção Social - atingindo os 10.800 contos.

Os dados relativos à quantificação, em contos, dos acordos existentes em 1995, decorrentes da cooperação iniciada em 1989, são os seguintes:

Prevenção Primária - Eq de Ap Social Directo 3.726

Centro de Convívio Juvenil 3.704

Serviço de Atendimento 634

Prevenção Secundária - Centros de dia: 7.154

Comunidades Terapêuticas: 186.348

Prevenção Terciária - Apartamentos de Reinserção: 40.518

A despesa global cifrou-se em 266.874 contos, da qual 242.084 foi assegurada pelo orçamento da segurança social (OSS) e os restantes 24.790 contos por verbas do jogo social JOKER.

Em relação ao apoio a indivíduos e famílias, ele surge devido ao reconhecimento que o vício relativo a substâncias psicotrópicas degrada a saúde física e mental do toxicómano, mas também, de forma premente, a dos seus familiares. Uma vez que se pretende a melhoria das condições de vida das populações, os serviços de acolhimento dos centros regionais/serviços sub-regionais procuram apoiar psico-socialmente estes indivíduos e seus parentes, como forma de restabelecimento da harmonia e equilíbrio familiares. Por outro lado, as situações de carência em que as famílias muitas vezes se encontram, agravadas pelo próprio comportamento do toxicodependente, fazem com que o número de casos apoiados pelos Centros Regionais de Segurança Social/SSR para pagamento de mensalidades, alimentação, aquisição de medicamentos, transportes, em caso de tratamento ambulatorio, tenham aumentado significativamente. O montante despendido, nesta área, em 1995, foi de 191.850 contos, dos quais 151.850 provenientes do OSS e 40 mil do jogo social JOKER.

Quer isto dizer que este Ministério gastou, no ano de 1995, um total de 490 638 contos com a toxicodependência. Esta cifra não entra em linha de conta com as remunerações dos técnicos do ministério, já que estes não têm atribuições exclusivas nesta matéria. Porém, a título exemplificativo, poderíamos dizer que em todas as vinte

e duas delegações regionais da Segurança Social existe um técnico mais directamente ligado ao fenómeno (tal como duas técnicas da DGAS) acumulando estas, com outras funções. Se partirmos da ideia de que este trabalho ocupará cerca de um terço do total do seu tempo, de acordo com a percepção das técnicas da DGAS, e de que a sua remuneração média mensal será da ordem dos 200 contos, atingimos um valor adicional de 1.600 contos/mês, ou seja, 22.400 contos/ano. Ao adicionarmos este montante ao anterior, atingimos, então, um valor de 513.038 contos.

Quanto ao ano de 1996, a DGAS teve acesso à verba de dez mil contos provenientes do JOKER para levar a cabo as suas acções próprias, como sejam a concretização da elaboração de um Guião para a implantação, localização e funcionamento de Apartamentos de Reinserção Social e a organização de um programa de formação para os técnicos das CRSS/SSR.

O apoio financeiro concedido às IPSS pela Segurança Social incidiu, essencialmente, na celebração de acordos de cooperação e na manutenção dos já existentes, sobretudo esta, uma vez que apenas foi celebrado um novo acordo para Comunidades Terapêuticas durante este ano. Há ainda que referir que, nos Centros de Dia e nas Comunidades Terapêuticas, o montante, a seguir apresentado, refere-se apenas a dez meses, em virtude de o tratamento ter passado para a responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde/SPTT a partir de 1 de Novembro de 1996. Assim, a comparticipação financeira da Segurança Social para Centros de Dia, CREP, Apartamentos de Reinserção, Equipamento de Apoio, Serviços de Atendimento e Centros de Convívio Juvenil totalizou 279.401 contos:

Analizando os subsídios a indivíduos e famílias, constata-se que o número de pessoas que recorreram aos seus serviços de atendimento/acolhimento a solicitarem subsídios eventuais para fazerem face às despesas com a aquisição de medicamentos, pagamento de mensalidades em CREP, transportes, alojamento e alimentação em casos de tratamento ambulatorio tem tido um crescimento significativo. Em 1996 o número de pessoas que beneficiaram de intervenção técnica e de apoio financeiro foi de 3.423 e 5.747 respectivamente, correspondendo a um encargo de cerca de 317.534 contos; contra os 2.923 e 3.818 de 1995 cujo encargo somou os 191.850 contos.

Portanto, o total afecto a este Ministério para o ano de 1996 foi de 606.935 contos, dos quais 60.800 provêm do jogo social JOKER. Se a este montante se acrescentar, como em 1995, o referente aos salários dos técnicos do Ministério, atinge-se o registo de 629.335 contos.

Assim, se não se considerar, a questão das remunerações dos técnicos, observa-se que a análise levada a cabo em matéria de gastos estatais relativos à droga se torna, mais ou menos simples devido à maneira como o Ministério está organizado, pois dispõe de uma Direcção Geral cujas incumbências passam por tratar de problemas com incidência directa neste fenómeno.

A intervenção do MQE é feita, essencialmente, por intermédio do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP). A sua área de intervenção, por excelência, é a prevenção terciária, através da qual tem procurado o acesso dos ex-toxicodependentes aos programas de formação profissional e de emprego destinados à população em geral. Naturalmente, fomenta-se um atendimento prioritário e qualificado que implica uma interacção entre o meio físico-social e relacional

envolvente e o sujeito em recuperação. Esta actuação passa, designadamente, pela sensibilização e educação dos grupos de acolhimento e o acompanhamento psicossocial do toxicodependente que deve ter uma participação activa em qualquer plano de acção, em qualquer resposta de reinserção sócio-profissional proposta. Este é um tipo de acompanhamento que privilegia o acesso a programas e sistemas regulares, de forma a evitar uma certa estigmatização do indivíduo. Tal não impede, contudo, que não possam ser desencadeadas pontualmente, acções específicas de orientação e formação profissional e acções de apoio complementar adequadas às necessidades de determinados casos concretos, nomeadamente, no plano da qualificação de técnicos ou na facilitação de vias de articulação institucionais que optimizem a concorrência das respostas, em tempo útil. Neste âmbito, têm sido apoiados técnica e financeiramente diversos projectos destinados ao desenvolvimento de acções de formação profissional especial, de apoio à promoção e ao acompanhamento de estágios profissionais, e de instalação e funcionamento de clubes de emprego. Estes apoios têm sido concedidos quer enquadrados pela celebração de acordos e protocolos, quer pelos diversos programas em vigor no IEFP.

Especificamente, os apoios desenvolvidos pelo Instituto são de três níveis: primeiro, temos as acções de orientação, formação profissional e integração sócio-profissional, que visam, respectivamente, a detecção de interesses e aptidões, aquisição de conhecimentos e competências necessários à obtenção de uma qualificação profissional e a participação integrada no sistema produtivo e nas relações interpessoais e sociais da comunidade. Temos ainda, as acções de mediação para o emprego, que visam garantir a progressão do indivíduo durante o processo de reinserção e favorecer as condições de compatibilização no meio de acolhimento; elas incluem as acções de informação, orientação profissional, de colocação e de acompanhamento, no âmbito de todos os programas em vigor no IEFP, como por

exemplo, os Clubes de Emprego, os Apoios à Auto-Colocação, as Iniciativas Locais de Emprego e os Apoios à Criação do Próprio Emprego. Finalmente, existem as acções integradas de formação/emprego de carácter inovador, que são todas as que não tenham enquadramento nos programas gerais de formação e emprego.

Interessa também salientar que, na concretização dos apoios dirigidos a toxicodependentes e ex-toxicodependentes, os Centros de Emprego têm um papel primordial, enquanto responsáveis pela execução de acções de acolhimento, orientação profissional e de apoio técnico e financeiro na criação de emprego e de empresas.

Tornou-se extremamente complicado o conhecimento dos gastos que o Instituto tem com estes indivíduos, devido, exactamente, ao facto de que toda a sua intervenção vai no sentido de não estigmatizar os ex-toxicodependentes, fazendo-os intervir como qualquer outro cidadão, não havendo, assim, reflexos directos, para este grupo, a nível orçamental. A impossibilidade de contabilizar esses fundos é uma fonte considerável de subestimação dos encargos estatais em matéria de droga, uma vez que, como se viu, a acção do IEFP é, neste domínio, bastante vasta. A única possibilidade de quantificar algum tipo de acção relativo à toxicodependência seria através do *Programa Operacional Horizon* que foi desenvolvido entre 1992 e 1995, na sua primeira forma. Segundo o seu Regulamento de Acesso, este instrumento foi criado a nível europeu para financiar projectos de apoio a deficientes e a pessoas desfavorecidas no domínio do emprego e da formação profissional. A iniciativa terá atingido os 270 mil contos para os três anos, o que representaria 90 mil contos por ano. No entanto, por um lado, as acções a financiar foram de natureza vasta e não só para a toxicodependência e, por outro lado, não é líquido que a divisão desses fundos tenha sido feita de igual forma pelos três anos, já que ela dependia dos projectos

apresentados. Sendo assim, é mais correcto não entrar em linha de conta com os valores provenientes deste Projecto.

2.5. Ministério da Saúde

2.5.1. Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência

O Ministério da Saúde é um dos departamentos estatais que está mais directamente ligado com o fenómeno das drogas, tendo, talvez por isso, no seu seio, uma instância específica para lidar, segundo uma abordagem própria, com as questões da toxicodependência. Essa instância é o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência. Já em 1987 tinha sido criado o Centro das Taipas e, com base nessa experiência, foram criados, posteriormente, os CAT da Cedofeita (Porto) e de Faro, como centros especializados na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social dos toxicodependentes. Entretanto, sentiu-se a necessidade de reorganizar, coordenar, desenvolver e estender a outras regiões os diversos centros de prevenção e tratamento da toxicodependência, o que levou à criação, no seio do Ministério da Saúde, do SPTT, pelo Decreto-Lei nº 83/90 de 14 de Março, actualizado pelos Decretos-Lei 43/94 de 17 de Fevereiro e 67/95 de 8 de Abril. Aí foram então integrados os serviços já referidos e também os, ainda existentes, Centros Regionais do Norte, do Centro e do Sul do Centro de Estudos e Profilaxia da Droga.

O trabalho desenvolvido, desde essa altura, pelo SPTT contribuiu para o desenvolvimento deste serviço que, em colaboração com as Administrações Regionais de Saúde (ARS), proporcionou a criação de unidades de prevenção e tratamento da toxicodependência, em regime ambulatorio. Estavam, assim, criadas as bases de um programa de cobertura de todos os distritos por unidades desse tipo, integradas no

SPTT. A rede de unidades prestadoras de cuidados de saúde alargou-se desta forma e, por vezes também, através da iniciativa privada, com ou sem fins lucrativos, mas de qualquer forma, mostrando uma grande vitalidade por parte da sociedade civil e das suas instituições. Quanto ao SPTT propriamente dito, ele é dotado de autonomia administrativa, financeira e técnica, sob tutela do Ministro da Saúde, tendo a sua sede em Lisboa, mas actuando a nível nacional.

No fundo, o SPTT é o serviço que tem a seu cargo, no âmbito deste Ministério, a Prevenção Primária, Secundária e Terciária das toxicodependências. Para a prossecução das suas atribuições, compete-lhe, entre outras coisas, o planeamento e a avaliação de programas de prevenção e reinserção social nos domínios da toxicodependência; a colaboração na execução e avaliação do Projecto Vida; facultar apoio técnico a entidades públicas e privadas; a cooperação internacional; e a instrução dos processos de licenciamento de unidades privadas de prestação de cuidados de saúde na área da toxicodependência. Actualmente o SPTT é constituído por cinco Direcções Regionais - Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve - e por trinta CAT, o que demonstra bem a importância e o peso da sua estrutura.

Como vimos, este serviço é dotado de autonomia financeira, pelo que dispõe de um orçamento próprio que lhe permite levar a cabo as acções para as quais foi criado. Assim e de acordo com o seu Relatório de Actividades, em 1995 o valor orçamental disponibilizado elevou-se a 1.959.365 contos acrescidos do montante de 127.933 contos respeitantes às verbas do jogo social JOKER, o que equivale a um total de 2.087.298 contos. Em 1996, atingiram-se os 2.673.149 contos, sendo 243.317 provenientes daquele jogo. De referir que nestas quantias estão já contempladas as despesas referentes ao programa de desabilitação pela metadona. Para além destas

cifras, é necessário, ainda, entrar em linha de conta com as verbas atribuídas pelo PIDDAC e que atingem, em 1995, o valor de 55 mil contos, sendo 5 mil para CAT e 50 mil para as instalações do SPTT. Em 1996, o PIDDAC disponibilizou 110 mil contos: cinco mil para o CAT da Boavista, cinco mil para a CREP de Bragança e os restantes cem mil contos destinaram-se a instalações do SPTT.

O cálculo dos gastos/droga no seio deste ministério torna-se assim relativamente simples uma vez que todo o trabalho levado a cabo, nesta matéria, está centralizado num só serviço dotado de orçamento próprio, pelo que basta a consulta aos seus mapas contabilísticos.

2.5.2. Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA

Como é do conhecimento geral, os toxicodependentes constituem um dos principais grupos de risco, no que respeita à transmissão da SIDA, pelo facto de trocarem seringas infectadas. Parece pois importante considerar, neste estudo e neste capítulo dedicado ao Ministério da Saúde, os custos provenientes do tratamento dos doentes infectados pelo facto de serem toxicodependentes.

Em Portugal, o organismo encarregue de tratar dos assuntos relativos à infecção da imunodeficiência humana, nos seus mais variados aspectos, é a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA que procura um conhecimento global e integrado do problema no nosso país. Tem-se procurado elaborar alguns estudos no sentido de quantificar os custos da infecção por VIH, essencialmente no que aos custos directos diz respeito, já que os indirectos, ao nível do impacto sócio-económico, são extremamente difíceis de quantificar. Aliás, esse tem sido um esforço efectuado, não só a nível nacional, mas também, europeu e mundial, chegando-se à conclusão que os aspectos que mais

contribuem para os custos directos do tratamento dos indivíduos seropositivos são os fármacos anti-retrovíricos, nas fases mais precoces e os custos de internamento, nas fases mais avançadas. Neste âmbito, a CNLCS decidiu apoiar um estudo deste tipo, levado a cabo pelo Dr. Miguel Forte relativo aos custos directos da SIDA, já que os seus custos indirectos são bem mais difíceis de calcular. É com base nas folhas policopiadas do estudo *Evolução do número de doentes infectados pelo VIH seguidos nos hospitais e evolução dos custos de tratamento* facultadas pelo Dr. Miguel Forte, que se vai basear o cálculo relativo à população contaminada devido à sua toxicodependência.

Partindo dos dados provenientes desse estudo, e sabendo que os custos totais ascendem aos 4.159.478 contos em 1995 e aos 6.121.207 em 1996, entre encargos com terapêutica antiretroviral e não antiretroviral, com ambulatório e internamento, fica a faltar conhecer o número de doentes infectados pelo VIH tratados nos hospitais portugueses e cuja doença provenha directamente da sua condição de toxicómano. É claro que se torna impossível fazer uma ligação directa entre o contágio e o uso de drogas, já que muitos toxicodependentes poderão ser seropositivos por uma via de transmissão diferente da seringa infectada, nada garantindo de que essa é a única razão que explica a contracção do vírus. Porém, a título indicativo, parte-se do princípio de que a via de transmissão para os sujeitos pertencentes a este grupo foi efectivamente aquela, tanto mais que é por essa característica que estão registados nas estatísticas da CNLCS. Importa ainda salientar que o número de casos de SIDA associado à toxicodependência como principal factor de risco para a transmissão do vírus da imunodeficiência humana tem vindo a registar um aumento progressivo importante em relação às outras categorias, constituindo a 31 de Dezembro de 1995, 33,9% dos casos conhecidos e à mesma data um ano depois 38,1%.

De acordo com a Comissão, a 31 de Dezembro de 1995, de um total de 1.133 casos vivos, 485 faziam parte da categoria de transmissão *Toxicodependentes*, ou seja, 42,8%; enquanto que no mesmo dia do ano seguinte, essa percentagem ascendia aos 46% (1 435 casos vivos dos quais 660 toxicodependentes). Pelo que se pode afirmar que os encargos totais com os doentes infectados pelo VIH, devido à sua condição de toxicodependentes (salvaguardados os parâmetros referidos) somaram, para 1995 e 1996, 1.780.257 contos ($4.159.478 \times 42,8\%$) e 2.815.755 contos ($6.121.207 \times 46\%$), respectivamente.

Ainda no âmbito do Ministério da Saúde haveria que considerar os custos que a toxicodependência acarreta ao Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente, ao nível das urgências e consultas dos toxicodependentes nos hospitais, centrais, distritais ou especializados. Contudo, estes dados não foram avaliados, uma vez que os serviços não conhecem o total de atendimentos efectuados nos hospitais do país e menos ainda a causa que levou essas pessoas a deslocarem-se a tais serviços.

Para além desta, existe uma segunda razão que não pode ser negligenciada. Mesmo dispondo daqueles números, os toxicodependentes que ali se dirigissem podiam fazê-lo por razões diversas do uso de estupefacientes, sendo, por isso, incorrecto colocar essas consultas ou urgências no domínio da toxicodependência. Até porque, quando se reconhece que um indivíduo necessita de determinado tipo de cuidados devido à sua dependência, ele é imediatamente enviado para um CAT, estando as despesas inerentes ao seu tratamento já consignadas no orçamento do SPTT. Isso não invalida o facto de, existirem pessoas que recorrem ao SNS devido à sua toxicomania e aí serem tratadas. No entanto e em consequência do que acima ficou dito, tal circunstância não será considerada neste estudo, pelo que, naturalmente, se torna uma fonte de sub-avaliação dos resultados.

2.5.3. Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento

O INFARMED foi criado em 1993 pela junção de duas instituições entretanto extintas, a Direcção Geral de Assuntos Farmacêuticos e o Centro de Estudos do Medicamento, ocupando, desde aí, todo o espaço que os medicamentos exigem, e que vai da investigação e controlo da qualidade até à vigilância dos seus efeitos adversos. A sua acção incide, essencialmente, no controlo de qualidade dos medicamentos e no desenvolvimento de acções de avaliação dos medicamentos e de farmacovigilância. Uma vez que as atribuições do Instituto passam pelo controlo da produção, distribuição, comercialização e utilização dos medicamentos de uso humano e veterinário, faz todo o sentido englobá-lo nesta análise, tanto mais que, de todos os processos estudados neste organismo, alguns dizem respeito concretamente a processos de estupefacientes e psicotrópicos.

Portanto, partindo do princípio que todos os processos submetidos ao INFARMED exigem, sensivelmente, os mesmos trâmites (e por isso os mesmos encargos), há que conhecer o número total desses processos e saber quais os que se devem a estupefacientes e psicotrópicos. Segundo o Relatório de Actividades 1996 do INFARMED, em 1995, foram analisados 4.081 processos, entre relativos à avaliação e autorização de medicamentos de uso humano, de uso veterinário, à organização e inspecção farmacêutica, à farmacovigilância e garantia da qualidade dos medicamentos e produtos sanitários, ao controlo da qualidade de medicamentos, e também aos lotes libertados derivados do plasma humano. Destes, 611 (15,0%) são provenientes de estupefacientes e psicotrópicos. Em 1996, estes processos ascenderam aos 540 de um total de 3.886. Sabendo-se que a despesa total foi, em 1996 de 973.319 contos, pode dizer-se que os encargos do Instituto em matéria de

estupefacientes se elevam aos 135.253 contos. Para 1995, infelizmente e apesar de toda a insistência, não foi possível conhecer os seus gastos totais, pois não se encontrou o relatório de actividades de 1995 e porque não houve resposta aos pedidos, quer verbais, quer escritos, levados a cabo. Assim, para a análise não ficar muito incompleta vai partir-se da variação de 1996 para 1997 e alargá-la de 1996 para 1995, como se esta tivesse sido exactamente a mesma daquela (o que poderá não ser correcto). Como em 1997, as despesas foram de 1.002.872 contos, terá havido um acréscimo de, sensivelmente, três por cento, pelo que se poderá afirmar que, em 1995, elas totalizaram os 944.970 contos. Ou seja, para este mesmo ano o valor que interessa considerar é de 141.746 contos ($944.970 \times 15,0\%$).

2.6. Ministério da Defesa Nacional

O MDN só começa a fazer parte do Projecto Vida em 1994 com a publicação do Decreto-Lei nº 127/94 de 19 de Maio, nomeando, desde então, um seu representante para o Grupo Técnico Interministerial - órgão este, substituído, em 1996, pela Comissão Coordenadora Nacional, que passa a ter atribuições mais alargadas que o anterior.

Este facto poderia fazer supor que a temática das drogas no seio das Forças Armadas é bastante recente. Ora isso não corresponde à realidade. Cedo esta Instituição se apercebeu que a generalização do uso de estupefacientes traz, inevitavelmente, consequências para o meio militar. Essas consequências podem ser de extrema gravidade, ao nível da segurança, devido às características de disciplina e operacionalidade próprias do ambiente militar. Qualquer elemento que seja consumidor de drogas pode pôr em perigo a segurança do pessoal, do material, das instalações e da informação, levando à quebra da eficácia, da moral e do prestígio das

Forças Armadas. Daí que haja, desde há muito, um grande empenhamento, quer do ponto de vista da prevenção, quer do ponto de vista do tratamento e reabilitação, por parte dos três ramos das Forças Armadas, de forma a que este problema seja tratado o mais frontalmente possível.

A Marinha foi o primeiro dos ramos, desde 1976, a levar a cabo um programa de controlo permanente de drogas, através da elaboração de um conjunto de procedimentos que culminariam com o estabelecimento, em Julho de 1980, de um laboratório vocacionado para análises toxicológicas - Laboratório de Análises Fármaco-Toxicológicas da Marinha (LAFTM). Desta forma, procurava-se ter um efeito dissuasor do consumo e controlar os casos já existentes. Em 13 de Julho de 1987 é criada, ainda neste ramo, a Comissão Consultiva para o Combate à Droga e Alcoolismo e planifica-se, para o Hospital da Marinha, a Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependência e Alcoolismo (UTITA), que só viria a funcionar a partir de 1993 devido a dificuldades económicas e de recursos humanos adequados. Ao longo de todo este período foram sendo publicadas directivas que iam reflectindo a experiência, entretanto, adquirida.

O Estado-Maior do Exército difundiu, em Agosto de 1977, a directiva sobre "Prevenção e Controlo do Abuso da Droga" que aborda aspectos relativos, por exemplo, à prevenção, instrução de quadros e fases de dependência. Contudo, a detecção de drogas faz-se, de forma sistemática, apenas a partir de 1989, tendo sido inaugurado, em 1992, no Serviço de Patologia Clínica do Hospital Militar Principal, um laboratório de toxicologia com o objectivo de confirmar os resultados positivos obtidos no despiste de drogas.

A Força Aérea foi o último dos três ramos a debruçar-se com mais atenção sobre estes problemas. Em 12 de Agosto de 1980 o General Chefe do Estado Maior da Força Aérea criou, por despacho, a Repartição de Acção Social com a finalidade de estudar e acompanhar os problemas de ordem social nesta força, incluindo as toxicodependências. Porém, só em 1985 se iniciou o rastreio dos casos positivos de consumo de drogas.

Devido ao desenvolvimento, ao nível dos ramos, das actividades de prevenção e repressão às toxicodependências, sentiu-se a necessidade de uma melhor articulação entre o Estado Maior General das Forças Armadas (EMGFA) e os Estados Maiores dos três ramos, pelo que foi criado, no âmbito daquele, o Gabinete de Combate à Droga nas Forças Armadas. Ele seria extinto em 1988, dando lugar ao Grupo Coordenador para a Prevenção e Combate às Toxicodependências nas Forças Armadas, no sentido de uma melhor coordenação entre as acções desenvolvidas pelos ramos. Nesse mesmo ano é ainda aprovado o "Programa para a Prevenção e Combate à Droga e Alcoolismo nas Forças Armadas" (PPCDAFA), que pretendia, essencialmente, desenvolver uma acção que fosse adequada à especificidade do meio militar, através de uma uniformização de processos em cada ramo e de uma troca de informações que facilitasse o conhecimento global do meio militar. Obviamente que estas tarefas passam, também, pela troca de informações e experiências com organismos civis e forças de segurança interessadas.

A tomada de consciência precoce deste problema no seio das Forças Armadas surge porque estas reflectem, em geral, a situação existente na sociedade, apesar de terem especificidades inerentes à sua operacionalidade que obrigam a que um programa de acção no meio militar tenha características diferentes das existentes para o meio civil. Assim, podemos considerar três níveis de intervenção preventiva nas Forças

Armadas. O nível 1, formado pelos Núcleos de Apoio ao Comando (NAC), que procuram prevenir o consumo em cada uma das unidades militares e pelo Operador de Prevenção (OP) que procura informar, formar e desenvolver acções de reintegração social. O nível 2 é constituído pelos laboratórios de toxicologia e pelos hospitais militares. Finalmente, o nível 3 é formado pelas unidades especializadas de tratamento e de reabilitação de alcoolismo - Unidade de Recuperação de Alcoólicos do Exército (URA) e a UTITA.

Para terminar a análise sobre a forma como o MDN está organizado, em matéria de luta contra a droga, resta afirmar que estas acções passam por determinadas fases, muito próximas, aliás, daquilo que acontece fora do campo militar. A primeira delas é a prevenção primária que visa afastar ou desmotivar a utilização de produtos psicotrópicos e fornecer todo o tipo de informação considerada relevante. A fase seguinte é a da referenciação dos elementos com problemas de uso e dependência, que pode ser voluntária, ou involuntária no âmbito das amostras aleatórias, obrigatórias (para o pessoal em recuperação ou recolocado na unidade) ou extraordinárias (quando há suspeita de uso) levadas a cabo ao longo do ano. De seguida, temos a prevenção secundária que abrange o tratamento, quer nos estabelecimentos ao dispor das Forças Armadas, quer mesmo no exterior, em grupos de auto-ajuda. Por fim, a prevenção terciária é constituída pelo conjunto das acções a desenvolver no conjunto das unidades, após alta hospitalar.

As verbas consignadas ao Programa para a Prevenção e Combate à Droga e ao Alcoolismo nas Forças Armadas para 1995 e 1996 ficaram assim distribuídas:

Quadro 1 – Encargo Financeiro da aplicação do PPCDAFA afecto à área da Toxicodependência

(em contos)

ENTIDADE	ANO	
	1995	1996
MDN	2.040	672
MARINHA	70.700	107.000
EXÉRCITO	41.379	33.400
FORÇA AÉREA	29.068	20.600
TOTAL	143.187	161.672

Fonte: Ministério da Defesa Nacional, *Relatório de Actividades 1996 do Programa para a Prevenção e Combate à Droga e ao Alcoolismo nas Forças Armadas*

Estes montantes apurados nos diversos ramos não incluem algumas despesas, por se considerarem impossíveis de quantificar. Especialmente, encargos com alimentação, alojamento e ajudas de custo abonadas ao pessoal que se desloca das suas Unidades ou Órgãos para locais situados fora do seu local de trabalho ou residência. Mas também despesas com cuidados de enfermagem e medicação de doentes nas unidades de tratamento e com a manutenção do equipamento e instalações afectas. Isto acontece porque as diversas actividades são normalmente avaliadas, nos três Ramos, de forma global e porque estão contidas dentro de programas mais vastos, o que não justifica, muitas vezes, a sua valoração financeira e a fixação de uma contabilidade analítica de custos diferenciada. Tal situação está actualmente a ser alterada, pelo que para 1996 é já possível estimar em cerca de 400 mil contos o total despendido, tudo incluído. Porém, aqui apenas se consideram os gastos quantificáveis directamente relacionados com o problema da toxicodependência nas Forças Armadas, pois aquele valor representa apenas uma estimativa, que serve, no entanto, para perceber que os montantes estão, neste estudo, bastante subavaliados.

CAPÍTULO III - O Domínio da Repressão

3.1. Ministério da Administração Interna

A intervenção deste Ministério faz-se, essencialmente, por intermédio de duas instituições que estão sob sua competência. A primeira a analisar, é a Polícia de Segurança Pública (PSP) que é “uma força policial armada e uniformizada (...) e tem por funções defender a legalidade democrática, garantir a segurança interna e os direitos dos cidadãos (Ministério da Administração Interna, 1994, 29 de Dezembro)”. A outra, refere-se à Guarda Nacional Republicana (GNR) que “é uma força de segurança constituída por militares organizados num corpo especial de tropas (Ministério da Administração Interna, 1993, 26 de Junho).” Esta entidade prossegue, de forma geral, os mesmos objectivos que a anterior, com a grande diferença de que a GNR tem como áreas privilegiadas de actuação as zonas rurais, enquanto a acção da PSP é levada a cabo sobretudo nas zonas urbanas.

Assim se vê que a ênfase deste Ministério é colocada na repressão (quer do tráfico, quer, sobretudo, do consumo), o que só volta a acontecer nos casos da Direcção-Geral das Alfândegas e do Ministério da Justiça. A principal responsável, ao nível da repressão, é contudo a Judiciária, como se verá mais adiante, ficando, estas duas forças com responsabilidades apenas no âmbito do traficante-consumidor, do incitamento ao uso de estupefacientes, tráfico e consumo em lugares públicos, abandono de seringas e consumo. Quer isto dizer que, a GNR e a PSP debruçam-se, fundamentalmente, sobre o pequeno tráfico e sobre o consumo, através da vigilância e patrulhamento de recintos e áreas, potencialmente, de menor segurança.

3.1.1. Polícia de Segurança Pública

De acordo com os dados obtidos nesta Polícia, estiveram afectos à luta contra os estupefacientes e psicotrópicos 490 agentes, dos quais 30 eram subcomissários, 110 eram subchefes e 350 eram guardas. Com base nas Tabelas de Vencimentos da PSP, foi possível concluir que as remunerações mensais de cada um daqueles agentes estavam assim distribuídas:

	1995	1996
Subcomissários.....	260 contos	267 contos
Subchefes.....	215 contos	221 contos
Guardas.....	165 contos	170 contos

Desta forma, temos que os gastos da PSP em pessoal ligado ao combate à droga foi, para 1995, de 1.248.800 contos: $(260 \times 30 \times 14) + (215 \times 110 \times 14) + (165 \times 350 \times 14)$; enquanto que em 1996 se atingiram 1.285.480 contos.

A estes custos com o pessoal, falta acrescentar os que dizem respeito a despesas de funcionamento e de capital, que totalizaram, no primeiro período, 5.106.147 contos e de 6.196.649 no segundo. Contudo, estes valores dizem respeito a toda a força policial e não só ao funcionamento dos serviços mais ligados ao combate contra a droga. Vão, por isso, utilizar-se as mesmas percentagens para estas despesas das existentes entre o contingente total da PSP, 18.204 em 1995 e 18.271 em 1996, e o adstrito àquela função específica, 490 (partindo-se do princípio de que a proporção é a mesma para todas as funções policiais e que não houve uma variação sensível entre os dois anos), ou seja, 2,7%. Consequentemente, dever-se-ão acrescentar aos valores apresentados em cima, para 1995 o de 137.866 $(5.106.147 \times 2,7\%)$ e para 1996 o de 167.310 $(6.196.649 \times 2,7\%)$.

Conclui-se, então, que os gastos totais no seio da Polícia de Segurança Pública ascenderam a 1.386.666 contos, no ano de 95 e a 1.452.790, no ano de 96. Estes montantes representam, respectivamente, cerca de 2,1% e 2,2% do seu orçamento (66.274.427 - 1995; e 66.954.198 - 1996).

3.1.2. *Guarda Nacional Republicana*

Quanto à GNR, não foi possível conhecer o número e a categoria dos agentes directamente relacionados com as questões da toxicodependência e do combate ao crime a ela associado, o que tornou mais difícil a contabilização dos seus custos. Daí que o cálculo neste caso não seja, talvez, tão exacto como terá sido para a PSP. No entanto, poder-se-à utilizar uma medida ilustrativa e relativamente aproximada que permitirá, mesmo assim, a percepção da importância que o fenómeno tem para esta instituição.

Para esta análise parte-se do pressuposto de que toda a actividade da GNR tem reflexos ao nível dos crimes por si registados. Em 1995, do total da actividade da Guarda, 81,7% foi dedica a serviços de segurança pública, subindo esse número para os 83,5% no ano seguinte. O restante é consagrado a acções de, por exemplo, desembaraçamentos de trânsito, escoltas ou guardas de honra. Em 1995, o orçamento total desta instituição foi de 78.112.825 contos, dos quais 63.818.178 ($78.112.825 \times 81,7\%$) se destinaram àquele tipo de serviços. No mesmo ano foram identificados 110.795 crimes, dos quais 1.268 por tráfico e consumo de estupefacientes ou psicotrópicos, ou seja, 1,14% do total. Proporcionalmente, e usando-se a cifra referente à missão de segurança pública, infere-se que a parte

respeitante à GNR, no domínio da toxicodependência foi de 727.527 contos (63.818.178*1,14%).

Usando o mesmo tipo de análise, mas agora relativo a 1996, chega-se à conclusão que a parte droga da acção da GNR foi de 969.744 contos, já que o seu orçamento subiu para os 82.955.016 contos, dos quais 69.267.438 referentes à segurança pública. Nesse período, contabilizaram-se 112.543 crimes, sendo 1.586 por violação da Lei da Droga, isto é, 1,4 por cento do valor daquela missão.

Convém fazer aqui uma referência ao facto de que no decurso das suas actividades, as forças policiais têm também uma acção de cariz preventiva, já que pelo simples facto de existirem polícias na rua se podem evitar algumas situações de violação da lei. Porém, o custo associado a esta área é praticamente impossível de avaliar. Por outro lado, sobretudo no caso da GNR, parte-se do pressuposto que todo o tipo de crimes origina uma despesa semelhante, o que constitui uma hipótese bastante redutora da realidade.


3.2. Ministério da Justiça

O Ministério da Justiça assume-se como um instrumento fundamental no campo das toxicodependências, no meio institucional português. Esta importância advém-lhe dos primeiros tempos de luta contra a droga levada a cabo no nosso país. Na verdade, e como já foi referido, as concepções que vigoravam, na década de setenta e início da década de oitenta, neste domínio, prendiam-se com uma vertente de criminalização, em detrimento de uma vertente sanitária. Mais tarde tentou alterar-se esta visão, dando maior ênfase às questões da saúde, através da parcial despenalização do consumo.

A estrutura do MJ e seus departamentos que lidam com a droga são muito variados, dependendo da forma como cada um deles encara essa problemática. Assim, existem vários organismos no seio do Ministério potencialmente objecto deste estudo. Nalguns, a questão apresenta-se como a sua própria razão de ser, como é o caso do Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga (GPCCD); noutros, ela surge como mais um dos problemas a considerar de entre todas as suas competências, como nos casos da Polícia Judiciária e dos Institutos de Medicina Legal; noutros ainda, ela é um factor que é considerado de forma subsidiária, já que não aparece de forma clara de entre as suas actividades, como acontece no seio da Direcção Geral dos Serviços Prisionais, do Instituto de Reinserção Social ou dos Serviços Judiciários. Todos estes departamentos irão ser alvo de estudo, pois todos eles têm competências nesta área, apesar da sua especificidade, e todos representam uma determinada fonte de custos para um Estado interessado em tratar do fenómeno de um ponto de vista global, de acordo com as afirmações tantas vezes repetidas pelos seus responsáveis, ao longo dos anos.

3.2.1. Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga

O Gabinete de Coordenação do Combate à Droga (GCCD) foi o primeiro organismo a ser criado em Portugal (em 1976), com responsabilidades gerais de combate à droga. Em 1982, foi substituído pelo Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga que vinha a ser integrado no Ministério da Justiça, devido ao facto, já referido, de que a orientação repressiva e policial era a dominante na altura, contra a visão epidemiológica e social que só mais tarde ganhou peso e razão de ser. Neste sentido, o GPCCD, que se constitui como organismo central destinado a planear e a coordenar as actividades dos organismos que prosseguem objectivos de luta contra a droga,



surge através do Decreto-Lei nº 365/82 de 8 de Setembro. As razões de ser do estabelecimento deste órgão de coordenação estão presentes no preâmbulo desse diploma, no qual se afirma que a situação, nacional e internacional, referente à droga sofreu uma deterioração, quer quanto ao número de consumidores, quer quanto ao aumento da produção e diversificação dos tipos de produtos. Daí que se tivesse sentido a necessidade de reforçar os mecanismos nacionais competentes no combate à droga. Tomou-se também consciência de que a luta contra o abuso de drogas teria de ser encarada através da erradicação da oferta e do tráfico ilícito de droga, por um lado, e por outro, através da eliminação da procura de drogas. Ora, para que esses dois campos pudessem ser alvos de acção concertada havia que tentar definir um mecanismo que favorecesse políticas e estratégias nacionais de intervenção e de cooperação a nível internacional. Através desta regulamentação fica definido que caberão, exactamente ao GPCCD, tão importantes tarefas.

A decisão de colocar o Gabinete na dependência do MJ e não da Presidência do Conselho de Ministros, como era o caso do GCCD, é explicada da forma seguinte: "Opta-se pela dependência do Ministério da Justiça, não só por razões pontuais de suporte orçamental, mas, sobretudo, porque passa pela sua área de actuação uma parcela significativa daqueles a quem as medidas aqui previstas podem aproveitar, designadamente os cidadãos condenados pelos tribunais e os jovens carecidos de amparo por se encontrarem em risco de comportamento associal (Ministério da Justiça, 1982, p. 2.676).

Para levar a bom termo as suas competências e as suas responsabilidades, o Gabinete tem uma série de atribuições das quais podemos destacar algumas que nos ajudem a compreender um pouco melhor a importância deste órgão. Prepara estudos e recolhe informações e dados estatísticos que ajudem à definição de políticas

internas e que permitam o acompanhamento da evolução do fenómeno. Acompanha a aplicação dos instrumentos de direito internacional relativos quer a estupefacientes quer a psicotrópicos ou precursores, de forma a fiscalizar a sua aplicação em termos internos. Através do Grupo de Planeamento, um dos seus principais órgãos - a par do Director Geral -, coordena a acção dos organismos responsáveis pela prevenção e repressão do tráfico de estupefacientes. Cooperar com os departamentos oficiais e não oficiais que prossigam actividades de luta contra a droga. Finalmente, acompanha a aplicação da lei e propõe as alterações que a prática recomende.

Muitas têm sido as actividades levadas a cabo pelo Gabinete nos últimos anos. Parece importante referir algumas delas de modo a ficar-se com a ideia das acções concretas que se efectuam no seio daquele departamento. Assim, no domínio da cooperação internacional, tem enviado para as Nações Unidas informação quanto ao tráfico e às alterações legislativas que vão ocorrendo no nosso país; colaborou com os serviços jurídicos do PNUCID no apoio à produção legislativa e formação técnica de países terceiros, como por exemplo, Cabo Verde; participa nas actividades do Grupo Pompidou do Conselho da Europa. Quanto à coordenação em matéria de tráfico, tem tentado definir critérios de actuação, em articulação, dos agentes adstritos aos diferentes organismos responsáveis pela prevenção e repressão do tráfico. Efectua ainda todo um conjunto de estudos sobre, entre outros, a relação entre a droga e a criminalidade e entre a droga e a imprensa. Outra das acções levadas a efeito prende-se com a recolha e tratamento de informação disponível sobre a dimensão do fenómeno da droga. Para terminar esta descrição resta salientar que se tem feito um esforço no sentido de melhorar sempre a cooperação interna, isto é, a colaboração com os restantes serviços com responsabilidades na execução do sistema de controlo dos estupefacientes.

Depois de passado em revista um pouco das competências e da actividade do Gabinete de Planeamento e Coordenação de Combate à Droga, resta conhecer quais os meios financeiros de que dispõe para prosseguir a sua missão. Este é mais um departamento do Estado cujas funções específicas estão, directa e exclusivamente, relacionadas com a droga, pelo que não oferece qualquer tipo de dificuldade a determinação dos seus gastos nesta matéria. Basta a consulta do orçamento do Gabinete para o período de referência. No ano de 1995, o seu orçamento ascendeu aos 212 mil contos, sendo 120 mil provenientes do orçamento de Estado e os restantes 92 mil do Gabinete de Gestão Financeira do MJ. Àquele primeiro número deve ainda acrescentar-se um total de 21 mil contos referentes ao PIDDAC. Desta forma, o montante global, para 1995, foi de 233 mil contos.

Para 1996 as coisas alteraram-se um pouco, já que o montante de referência atinge apenas os 167.377 contos, provenientes, em 106.863, do Orçamento de Estado e em 60.514, do Gabinete de Gestão Financeira do MJ. Uma vez que do PIDDAC são disponibilizados os mesmos 21 mil contos do ano anterior, o Gabinete atinge a quantia de 188.377 contos.

3.2.2. Polícia Judiciária

A Polícia Judiciária (PJ) é a entidade principalmente responsável pela investigação criminal em Portugal, daí que tenha um papel fundamental na área de repressão relativa à droga. Enquanto que nos departamentos anteriormente analisados, à excepção do MAI, se observam competências no âmbito da prevenção, seja primária, secundária ou terciária, aqui estamos situados ao nível da repressão, ou seja, numa fase de condenação dos actos ligados à droga, dentro daquela perspectiva mais policial do fenómeno. Na realidade, a PJ centraliza a recolha de informações, quer dos

organismos nacionais, quer de entidades estrangeiras, nesta matéria. É da sua responsabilidade a investigação criminal por forma a evitar a introdução e o trânsito de droga no território nacional, através da identificação e desmantelamento das redes de tráfico.

Até ao ano de 1995, a PJ tinha competências exclusivas em relação à investigação do tráfico ilícito de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas e no âmbito do combate à oferta e ao consumo. Porém, devido à disseminação do fenómeno, sentiu-se a necessidade de fazer intervir outros órgãos de polícia criminal, embora, sem perder de vista, por razões de eficácia, a vantagem de continuar a atribuir à Polícia Judiciária as funções de centralização informativa e de coordenação operacional. Assim, segundo o Decreto-Lei nº 81/95 de 22 de Abril, já não é da exclusiva responsabilidade, mas sim, presume-se deferida à PJ, através da sua Direcção Central de Investigação do Tráfico de Estupefacientes (DCITE) - principal responsável por tudo aquilo que diga respeito a esta Polícia no que concerne às drogas - a competência para a investigação desses crimes, nomeadamente, o tráfico de estupefacientes, de precursores, dissimulação de bens ou produtos provenientes do seu manuseamento, os possíveis abusos de profissionais que lidam com estas substâncias (médicos e farmacêuticos, sobretudo), e ainda as associações criminosas. A exclusividade perdeu-se, como já foi verificado, a partir do momento em que também a Polícia de Segurança Pública e a Guarda Nacional Republicana ganharam poderes de intervenção, em determinadas circunstâncias. Situação similar é aquela que se verifica quanto à prevenção criminal, em que a "actuação da PJ se exerce em duas vertentes: uma, a do tráfico internacional, visando especialmente a detecção e desmantelamento de redes que operem através de Portugal(...); outra, a do tráfico interno, em que se tem privilegiado o desmantelamento mais completo possível das redes constituídas (...) (Dâmaso, 1993, p.20)" Finalmente, resta referir que a este

departamento policial compete ainda centralizar a informação respeitante às infracções detectadas e conceder formação específica aos restantes órgãos de polícia criminal.

A Polícia Judiciária constitui um problema quando se pretende passar a analisar os custos que ela tem em matéria específica de droga. Na verdade, embora possua um departamento voltado para o tratamento das questões relacionadas com os estupefacientes, a DCITE, esta não possui autonomia orçamental, pois a PJ não se encontra organizada estruturalmente dessa forma. Tal circunstância torna essencial a elaboração de um estudo mais abrangente para que se possam tirar as conclusões pretendidas. Obviamente que isso inviabiliza uma análise cem por cento exacta, permitindo, no entanto, uma boa aproximação à realidade dos factos.

Em 1995, a Polícia Judiciária possuía um total de 929 agentes de investigação, dos quais 11,5% (107 efectivos) afectos à área dos estupefacientes. A dotação orçamental da Judiciária foi, nesse ano, de 10.030.000 contos. Admitindo uma proporcionalidade directa entre os custos resultantes de cada tipo de investigação e o número de agentes que a ela se dedicam, os gastos inerentes ao combate à droga terão, nesta força policial, um valor de 1.155.231 contos. Esta quantia é superior em 1996 devido ao maior orçamento (11.112.333), ao facto de os indivíduos ligados aos estupefacientes ter passado para 120, apesar do maior número de agentes de investigação (1.001). O resultado é que em 1996 a Judiciária terá gasto à volta de 1.333.480 contos no combate à droga.

3.2.3. Institutos de Medicina Legal

Estes Institutos são os serviços públicos a quem cabe, de forma genérica, a realização de perícias médico-legais. Estas perícias compreendem principalmente os exames tanatológicos, de clínica médico-legal, de psiquiatria forense e de investigação de filiação. Para além destes são também feitos exames de toxicologia, anatomia patológica e histopatologia e de antropologia forenses e que são complementares às autópsias médico-legais. Os IML trabalham em articulação com as instituições judiciárias, sobretudo a Polícia Judiciária, existindo no território português três circunscrições, com sede em Coimbra, Lisboa e Porto. Atente-se no quadro seguinte:

Quadro 2 - Dotações orçamentais e exames realizados em cada um dos IML, para 1995 e 1996:

(em contos)

	Coimbra		Lisboa		Porto		Total	
	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996
Despesa	269.500	248.196	297.500	327.857	265.000	265.879	832.000	841.933
Exames	4.530	4.764	6.585	5.877	8.548	9.455	19.663	20.096
Tanatologia	576	604	1.732	1.654	1.046	1.015	3.354	3.273
Anatomia Patológica e Histopatologia	393	405	188	139	1.870	3.068	2.451	3.612
Clínica Médico-legal	1.815	2.465	1.577	1.485	3.162	3.307	6.554	7.527
Psiquiatria Forense	-*	-*	132	143	104	71	236	214
Biologia Forense	625	396	576	502	458	373	1.659	1.271
Toxicologia Forense	1.063	814	2.380	1.954	1.860	1.593	5.303	4.361
Outros	58	80	-	-	48	28	106	108

Fonte: Ministério da Justiça, Dossier Justiça, 1997

* Incluídos na Clínica Médico-legal

Partindo da hipótese de que todos os exames realizados nestes Institutos têm um custo semelhante, será necessário conhecer o número daqueles efectuados por motivos directamente relacionados com a droga, como causa directa da morte ou da realização do exame. Assim, é possível afirmar que a grande maioria das análises

efectuadas no âmbito da Toxicologia Forense é relativa à droga, mas como não se conhece a sua proporção, serão considerados todos os exames, cujo quantitativo está presente no Quadro 2. Obviamente que esta situação será fonte de alguma sobreavaliação, mas dada a sua importância é preferível correr esse risco do que ignorar tão importantes dados. Porém, há ainda que ter em conta as autópsias efectuadas a cadáveres cujas mortes se terão ficado a dever a *overdose*, mas apenas estas. Daí, que se utilizem os números de mortes por este motivo e não o total de mortes relacionadas com a droga, pois não é possível estabelecer um vínculo de causalidade directa entre a morte e o uso de drogas, como nos casos de homicídio, suicídio ou acidente. Contudo, o Instituto de Coimbra para o ano de 1996 e o Instituto de Lisboa para 1995 têm esses dados agregados, pelo que se irá utilizar, nestes casos, uma estimativa com base na relação existente nos anos de comparação. Isto é, em Coimbra, em 1995, num total de 21 mortes, quinze ocorreram por *overdose* (71,4%), enquanto que em Lisboa, em 1996, essa relação é de 69,3% (88/127). Desta forma, pode apresentar-se o seguinte quadro:

Quadro 3 - Mortes por *overdose* nos IML em 1995 e 1996, segundo os respectivos serviços de Tanatologia

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL	ANO	
	1995	1996
COIMBRA	15	24*
LISBOA	76*	88
PORTO	53	32
TOTAL	144	144

Fonte: Serviços do SPTT
* Estimativa

Para se conhecerem as despesas dos IML provenientes da droga há que determinar qual a relação existente entre todos os exames efectuados em cada um dos Institutos e os que dizem directamente respeito a essas substâncias. Assim, para Coimbra e para o ano de 1995, sabe-se que dos 4.530 exames, 1.063 dizem respeito à toxicologia forense, ou seja, 23,5%; sabe-se ainda que dos 576 exames de tanatologia (12,7% do total), quinze prendem-se com *overdoses*, ou seja, 2,6%. Utilizando estes dados para calcular o conjunto das despesas, chega-se ao montante de 63.953 contos ($269500 \times 23,4\% + 269500 \times 12,7\% \times 2,6\%$). Utilizando a mesma metodologia pode chegar-se aos seguintes resultados:

Quadro 4 – Encargos totais, com a droga, dos Institutos de Medicina Legal

	(em contos)	
	1995	1996
Coimbra	63.953	43.703
Lisboa	110.841	113.732
Porto	59.419	45.578
Total	234.213	203.013

3.2.4. Direcção Geral dos Serviços Prisionais

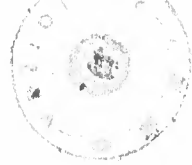
Os serviços prisionais são um órgão auxiliar da administração judiciária que participa na execução das decisões e sentenças penais. Têm também a natureza de um serviço de segurança, já que contribuem para a defesa e manutenção da segurança pública. No fundo, incumbe-lhe “orientar os serviços de detenção e execução das penas e medidas de segurança, superintender na sua organização e funcionamento e efectuar estudos e investigações referentes ao tratamento dos delinquentes (Ministério da Justiça, 1981, pp. 6-7)”. Para levar a cabo estas funções, a Direcção Geral participa na

execução das decisões e sentenças penais, orientando a sua intervenção com vista a fazer cumprir as medidas privativas da liberdade e a favorecer a reintegração social do delinquente.

A sua competência específica passa por acções que garantam aos reclusos um bem estar compatível com a dignidade humana, a implantação de escolas de ensino de forma a melhorar os níveis de escolaridade das populações reclusas, a promoção de acções de formação profissional e o estabelecimento, com entidades públicas e privadas de protocolos e acordos de cooperação e de colaboração considerados adequados à prossecução dos objectivos referidos anteriormente.

Dependem da DGSP quarenta e oito estabelecimentos prisionais: doze centrais, vinte sete regionais e seis cadeias de apoio.

O montante despendido por esta Direcção Geral no ano de 1995 foi de 19.123.985 contos, dos quais 12.781.308 respeitantes a despesas com o pessoal e os restantes 6.342.677 contos relativos a outras despesas. Torna-se agora essencial conhecer o montante directamente respeitante aos reclusos por tráfico ou consumo de estupefacientes. No dia 31 de Dezembro de 1995 o total da população prisional era de 12.029 pessoas, sendo 7.400 condenados e 4.629 preventivos. O número de presos condenados por violação da Lei da Droga era nesse mesmo dia de 2.220. Porém, nesta fase há também a necessidade de conhecer o número de presos que, na mesma data, se encontravam na situação de preventivos. Uma vez que foi impossível o acesso aos dados referentes a 1995, para este tipo de população, houve que recorrer aos dados de 1996. Admitindo que a variação entre os dois anos se terá cifrado em cerca de 7,5%, valor correspondente ao acréscimo do número total de presos preventivos, far-se-á a proporção, adoptando um número de presos



preventivos por causas relacionadas aos estupefacientes da ordem dos 2.126 indivíduos.

No dia 31 de Dezembro de 1996 encontravam-se encarcerados 13.874 indivíduos, dos quais 4.852 por actos ligados à droga, entre condenados (2.566) e preventivos (2.286).

Através dos serviços desta Direcção Geral tomou-se conhecimento que o custo diário por detido foi, nestes dois anos, da ordem dos cinco mil e trezentos escudos, com todas as despesas incluídas. Assim, tem-se, para 1995, $5,3 \times (2.220 + 2.126) \times 365$, o que representa um total de 8.407.337 contos; e para 1996, $5,3 \times (4.852) \times 366$, totalizando 9.411.910 contos.

Poder-se-ia acrescentar a este valor o correspondente à população prisional toxicodependente que foi encarcerada por motivos alheios à violação das disposições da lei da droga. Fazê-lo significaria que se estava a partir do pressuposto de que os crimes cometidos (e que levaram à cadeia) estariam directamente relacionados com o hábito do consumo da droga e com a procura ilegal de rendimentos que permitissem o uso continuado de tais substâncias. Esta pode ser uma presunção errada, pelo que não se considerará. Outro aspecto a salientar prende-se com o custo directamente engendrado pelo tratamento, nas prisões, desses sujeitos. Contudo, essas despesas de tratamento dependem directamente do Ministério da Saúde e não das Prisões, estando, por isso, já contempladas no orçamento do SPTT.

Finalmente, seria ainda importante afirmar que não existe um conhecimento profundo do número de toxicodependentes existentes nas prisões portuguesas. Existem sim, estimativas quanto à proporção da população prisional (cerca de 70%) com uma

história de consumo de estupefacientes, o que é bastante diferente de se dizer que setenta por cento da população prisional é toxicodependente (Anexo2).

Servem estes apontamentos para justificar que neste trabalho apenas se considerarão os montantes acima referidos, 8.407.337 e 9.411.910 contos, correspondentes às despesas com os detidos por tráfico ou consumo de estupefacientes ou psicotrópicos.

3.2.5. Instituto de Reinserção Social

Este Instituto é fruto de uma longa tradição ligada a valores humanistas que enquadram o direito da família e de menores, de forma a dar a melhor resposta possível aos problemas levantados por crianças, jovens e adultos. "A intervenção social de justiça cometida ao Instituto de Reinserção Social abrange actualmente um vasto campo de actividades que inclui o apoio técnico às autoridades judiciais, visando a individualização e personalização das decisões, a execução de medidas não institucionais aplicadas a menores e, como elemento do sistema de administração das penas, a execução de penas e medidas privativas de liberdade, visando a criação de condições psicossociais facilitadoras de reinserção social. Abrange igualmente o desenvolvimento de acções que visam a prevenção da marginalidade e da delinquência, contribuindo para a formação de cidadãos responsáveis, livres e participantes activos na sociedade" (Ministério da Justiça, 1995, p 1.798). Até 1995, integrava-se também no campo da intervenção social da justiça a actividade levada a cabo pela Direcção Geral dos Serviços Tutelares de Menores (DGSTM), devido a uma rígida separação entre adultos e menores. A DGSTM encarregava-se do apoio social aos tribunais de menores e de família de Lisboa, Porto e Coimbra e à execução de medidas institucionais aplicadas aos menores, por seu lado, o IRS vinha também assumindo o apoio técnico às decisões dos restantes tribunais em matéria de direito

de menores e de família e à execução de medidas aplicadas a menores. Contudo, sentiu-se necessidade de alterar esse estado de coisas, já que o que realmente importa, é abarcar o indivíduo, na sua totalidade, independentemente da sua idade, de forma a acabar com este tipo de divisões artificiais. Para além desta, existiam outras razões, como fossem, as consequências em termos de custos, de dispersão de meios e de falta de unidade nas respostas às solicitações que uma tal estrutura acarretava. Assim deu-se a fusão das duas instituições, no seio do IRS, de forma a obter-se um sistema de intervenção social de justiça "que assegure de forma racional, global e integrada a assessoria técnica a todos os tribunais, designadamente nas jurisdições penal, de menores e de família, o apoio psicossocial a menores, jovens e adultos intervenientes em processos judiciais e respectivas famílias, segundo princípios de voluntariedade, corresponsabilização, a articulação interinstitucional e a intervenção comunitária, a cooperação judiciária internacional nos termos das convenções aplicáveis e o apoio às comissões de protecção de menores por comarca ou concelho" (Ministério da Justiça, 1995, p 1.799). Como fica exposto pelo que foi dito até aqui, o principal objectivo do Instituto é o de proteger os direitos dos menores, prevenir a sua marginalização social, permitindo, desta forma, que tanto os menores, como os jovens e os adultos possam ter uma vida jurídica e socialmente integrada.

De acordo com a fonte do Instituto de Reinserção Social, ele foi dotado, para o ano de 1995, de 5.600.393 contos. Nesse ano, o número de menores em juízo foi de 2.808, dos quais vinte (0,7%), por infracção à legislação da droga, quer como vítimas, quer como agentes dessa infracção. Em 1996, com uma despesa de 5.961.486 contos, o Instituto teve a seu cargo 2.683 menores, sendo 26 por questões relativas ao estupefacientes. Assim pode dizer-se que os encargos que o IRS teve, neste âmbito, para os anos de 1995 e 1996, foram de 39.202 contos e de 57.771 contos, respectivamente.

3.2.6. Serviços Judiciários

Esta parte do trabalho pretende averiguar os encargos que a droga impõe ao sistema judicial português, nomeadamente, ao nível do funcionamento dos tribunais, incluindo a remuneração dos magistrados e dos restantes funcionários judiciais.

A Direcção Geral dos Serviços Judiciários é o serviço central do Ministério da Justiça que orienta, coordena e controla a execução das acções e medidas relativas à gestão, organização e funcionamento dos tribunais e respectivo ordenamento territorial. Para levar a cabo estas funções, ela tem determinadas atribuições, em várias áreas, das quais se podem destacar: o planeamento, recrutamento, selecção e administração de funcionários da justiça; a colaboração e participação na elaboração dos projectos de orçamento do Orçamento do Estado, dos tribunais superiores e de outras instituições judiciais e no acompanhamento da sua execução; a preparação, organização e execução de acções de formação de ingresso, acesso e aperfeiçoamento dos oficiais de justiça e demais funcionários dos tribunais; e, ainda, a colaboração na elaboração de legislação sobre reordenamento judiciário.

A dotação orçamental da DGSJ, proveniente do Orçamento de Estado, inclui as despesas com os vencimentos, as ajudas de custo, transportes e outros, dos Magistrados Judiciais e do Ministério Público e dos funcionários judiciais não oficiais de justiça. Inclui ainda as despesas de funcionamento e de capital dos tribunais superiores, administrativos e de justiça. A parte proveniente do Orçamento do Gabinete de Gestão Financeira do MJ relativa às Secretarias Judiciais, compreende as despesas directamente relacionadas com a actividade desenvolvida pelos Tribunais e também as despesas com as remunerações dos oficiais de justiça.

Para efeitos do presente exercício, há ainda que entrar em linha de conta com a parcela referente aos Suprimentos Tribunais que representam os gastos de consumo corrente dos tribunais, da responsabilidade, também, do Gabinete de Gestão Financeira. Desta forma, e estando averiguadas as despesas essenciais de funcionamento dos tribunais, é possível apresentar o seguinte quadro para os anos de 1995 e 1996:

Quadro 5 – Despesas com o Funcionamento dos Tribunais

	(em contos)	
	1995	1996
Orçamento de Estado	16.683.532	21.985.633
Secretarias Judiciais	18.000.000	20.580.644
Suprimentos Tribunais	5.365.413	6.018.975
Total	40.048.945	48.585.252

Resta agora determinar a parte destas despesas que tem a sua origem nas violações da Lei da Droga. De acordo com as Estatísticas da Justiça, a Justiça Penal (na qual se enquadram os crimes ligados aos estupefacientes) representou, em 1995 e 1996, respectivamente, 26,1% e 24,1% do total de processos movimentados. Por outro lado, as Estatísticas Criminais revelam que, em 1995, dos 84.747 processos por crime, 2.765 (3,26%) respeitam aos estupefacientes e substâncias psicotrópicas; enquanto que para o ano seguinte, essa relação é de 85.387 para 3.068 (3,59%). Partindo do princípio de que o custo dos processos é o mesmo em todos os tipos de justiça, pode dizer-se que os encargos dos tribunais, em matéria de estupefacientes, ascendem aos 340.760 (40.048.945*26,1%*3,26%) contos em 1995 e aos 420.354 (48.585.252*24,1%*3,59%) contos.

3.3 Ministério das Finanças

3.3.1. Direcção Geral das Alfândegas

As Alfândegas são um elemento essencial no seio da União Europeia, pois são as responsáveis pela manutenção em funcionamento de uma união aduaneira, peça central na construção do Mercado Único e, portanto, na forma de regulação do comércio entre a Europa Comunitária e países terceiros. Como principal unidade de gestão dessa união aduaneira, a DGA deve actuar de forma semelhante às administrações aduaneiras dos restantes Estados membros, de forma a que haja homogeneidade de actuação, evitando-se, dessa forma, distorções de concorrência e desvios de tráfego entre as diferentes nações.

O quadro organizacional em que se movimenta esta Direcção Geral comporta três sistemas. O sistema aduaneiro que tem como principal desiderato disponibilizar a informação técnica específica na aplicação das disposições próprias do Código Aduaneiro Comunitário, acompanhar essa aplicação e estudar e avaliar o seu impacte. O sistema de impostos especiais sobre o consumo que desempenha o mesmo tipo de actividade técnico-normativa do sistema anterior, no entanto, a sua actuação recai sobre um objecto diferente: óleos minerais, veículos automóveis, álcool e bebidas alcoólicas e tabacos. Finalmente, temos o sistema de prevenção e repressão da fraude que trata da informação e da intervenção nacional especializada, a nível de sectores sob controlo.

A Direcção Geral das Alfândegas é então um departamento do Ministério das Finanças que tem como principais objectivos estudar, propor, coordenar, executar e

avaliar programas e medidas de política aduaneira e também os que digam respeito aos impostos indirectos que fazem parte das suas competências. No artigo 2º do Decreto-Lei nº 324/93 de 25 de Setembro que regulamenta a DGA, pode ler-se na alínea n) que uma das suas atribuições é prevenir e reprimir os tráficos ilícitos, entre os quais se encontram a droga e os precursores. É exactamente por esta razão que se inclui esta Direcção Geral no seio deste trabalho. Isto é, a ênfase vai recair sobre o sistema de prevenção e repressão da fraude, no que ao tráfico de droga e precursores diz respeito.

De acordo com a Revista Aduaneira nº 39/40, o orçamento das Alfândegas foi em 1995 de 6.501.399 contos, dos quais 1.297.150 para a actividade de prevenção e repressão da fraude, na qual são inscritos os diversos crimes detectados por esta entidade. Nesse mesmo ano de 1995, foram registados pelos seus serviços 378 crimes, dos quais 103 por tráfico de estupefacientes ou psicotrópicos, o que representa 27,2% do total. Pode, pois dizer-se que os gastos da DGA em matéria de droga ascendem aos 352.825 contos. Falta, no entanto, acrescentar a este valor a parte respeitante ao suporte que os agentes que trabalham nesta área recebem dos serviços de apoio informático e de apoio geral. Tal valor pode ser estimado em cerca de 280.744 contos, se admitirmos que os 2.883.094 contos gastos em serviços de apoio se distribuem pelas diferentes actividades deste organismo de acordo com o seu peso orçamental. Assim, foi gasto um total de 3.617.305 contos com a Gestão da fronteira externa e regulação das trocas (1.458.018), com a Administração dos impostos especiais de consumo (862.137) e com a Prevenção e repressão da fraude (864.000), a qual representou 35,8% e destes, 27,2% ter-se-ão destinado ao combate à droga.

O mesmo raciocínio pode ser alargado para o ano de 1996 em que foram consagrados, a esta Direcção Geral, 6.130.290 contos, tendo ficado afectos à prevenção e repressão da fraude 864 mil contos. Observou-se ainda a existência de 276 crimes, sendo 103 (37,3%) relativos a estupefacientes, pelo que o gasto com esta actividade se situou nos 322.272 contos. A restante quantia fixar-se-à nos 233.214, pois que a Prevenção e repressão da fraude representa 24,3% do conjunto das três actividades já referidas ($864.000/3.557.000 \cdot 100$). Ora, se as actividades de apoio representam 2.573.000 contos, o montante referente ao apoio à repressão será de 625.239, e deste apenas 37,3% diz respeito aos estupefacientes.

3.4. Ministério dos Negócios Estrangeiros

O Estado português é membro do Programa das Nações Unidas para o Controlo Internacional das Drogas (PNUCID). Este órgão foi criado em 1991 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, ficando com a responsabilidade exclusiva pela coordenação de todas as actividades de controlo das drogas do Sistema das NU; pela promoção da aplicação das Convenções internacionais em matéria de droga; e pela liderança do controlo internacional das drogas. Ele está especialmente vocacionado para ser um centro mundial de *expertise* e informação em matéria de abuso de drogas e para desempenhar um papel relevante no acompanhamento da evolução do fenómeno da droga. Como membro de pleno direito cabe a Portugal contribuir anualmente para o seu funcionamento. Esta contribuição é quase irrisória ascendendo o seu montante ao total de onze mil dólares, quer para 1995, quer para 1996. Convertendo-se este quantitativo para escudos, a uma taxa de câmbio de 150 escudos por dólar, obteremos o valor de 1.650 contos anuais. O MNE está, neste momento, a estudar a possibilidade de aumentar significativamente a sua contribuição para este Programa

das Nações Unidas, uma vez que os seus gastos, neste domínio, não estão de acordo com as responsabilidades e a relevância que o país pretende ter a nível internacional.

A acção do Ministério não se esgota nesta contribuição, já que Portugal é também parte integrante do Grupo Pompidou. Este Grupo foi formado em 1971 sob proposta do antigo Presidente francês Georges Pompidou. Inicialmente, o Grupo era apenas um corpo informal e não tinha quaisquer bases legais ou um secretariado independente. Em 1980 foi decidido que ele deveria continuar a exercer as suas actividades no quadro do Conselho da Europa que estabeleceu o Grupo de Cooperação para o Combate ao Abuso e Tráfico Ilícito de Drogas (Grupo Pompidou) como Acordo Parcial, ou seja, um número restrito de Estados do Conselho cooperando em actividades específicas, não incluídas no programa geral intergovernamental da Organização (Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs, 1996, p.2). Começou por estar orientado para a harmonização das legislações europeias no que se refere ao uso e tráfico ilícitos de droga e para a definição de acções colectivas concretas, evoluindo depois no sentido de abarcar no âmbito das suas competências todos os aspectos - legislativo, judiciário, repressivo, sanitário e educativo - da luta contra a toxicodependência. Em suma, ele representa um fórum onde é possível, aos políticos, profissionais e especialistas, discutir e trocar informações e ideias, em relação a todos as questões que envolvem o uso de drogas e os problemas relativos ao tráfico.

Portugal aderiu ao Acordo Parcial a 1 de Janeiro de 1985, data a partir da qual começou a contribuir para o respectivo orçamento. Os dados facultados para a elaboração do presente estudo baseiam-se em 1996, já que para o ano anterior, não foi possível o acesso ao montante em causa. De salientar, no entanto, que a variação de um ano para o outro não terá sido acentuada, de acordo com a informação obtida,

até porque essa tem sido a tendência dos últimos anos, isto é, um acréscimo mínimo das contribuições. Tal facto é também visível na diferença da contribuição observada de 1996 para 1997, da ordem dos 6%, ou seja, de 100.382 francos franceses para 107.274 francos franceses, para um total de 8 793 000, que constitui o orçamento total. Desta forma, se se partir de uma contribuição que ronde os 95 mil francos franceses, a participação portuguesa terá, em 1995, rondado os 2.850 contos, a uma taxa de câmbio de trinta escudos por franco francês. Em 1996, usando a mesma taxa de câmbio, Portugal participou com 3.011 contos para este organismo.

No seio deste Ministério há ainda a referir o conjunto de acordos bilaterais que o Estado português tem vindo a celebrar no campo das toxicodependências. Foram estabelecidos quatro acordos com outros tantos países: Espanha, Angola, Venezuela e Brasil. Com um maior ou menor grau de profundidade, a generalidade destes convénios visa o estabelecimento de mecanismos de cooperação entre os dois países, no domínio da luta contra o tráfico ilícito de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e criminalidade conexas. Embora preche de boas intenções, o conjunto destes documentos não tem passado do papel, não havendo, por isso, nenhuma realização visível, até este momento, resultante da sua existência. Eles demonstram, apesar de tudo, uma preocupação comum a diversos Estados e uma vontade de criação de determinados mecanismos enformadores de uma possível acção futura.

Para concluir, é necessário não deixar escapar um conjunto de iniciativas que o Estado tem levado a cabo ao nível da cooperação, sobretudo com PALOP, por intermédio de vários dos seus organismos. Nomeadamente, a ajuda, do Ministério da Justiça a Cabo Verde, para a elaboração de legislação relativa à droga, a acção do Instituto Nacional de Polícia e Ciências Criminais (INPCC), na formação aos agentes de segurança desse país africano, ou, ainda, a participação do Instituto Nacional da

Farmácia e do Medicamento, para as questões de relevância medicamentosa. Estas acções não têm ocorrido de forma sistemática e periódica, mas acontecem quando se sentem algumas necessidades mais prementes e desde que existam os meios adequados para as levar avante.

3.5. União Europeia

A União Europeia tem vindo a desenvolver um conjunto de acções que visam a luta contra a droga no espaço europeu e nas relações com países terceiros. O apelo do Presidente Mitterrand de 3 de Outubro de 1989, visando a criação de um mecanismo de coordenação política entre os Estados membros, terá constituído o primeiro grande empurrão para a constituição de uma estratégia e de uma acção comuns, neste domínio. Desde o tempo da *Declaração de Mitterrand* (Estievenart, 1993, p.52) que as instituições europeias procuram criar mecanismos de cooperação e a harmonização das formas de acção dos diversos países de maneira a que das diferenças existentes não resultem oportunidades para os traficantes. A criação do Observatório Europeu das Drogas e Toxicodependências (OEDT) é disso mesmo um reflexo claro. Com o Tratado da União as matérias de prevenção ficaram ligadas ao chamado Primeiro Pilar - Assuntos Institucionais - e a repressão ao Terceiro Pilar - Justiça e Assuntos Internos -, por intermédio do artigo K.1., artigo esse que legaliza no seio da União a luta contra a droga. O assunto tem também sido discutido em muitos dos Conselhos Europeus, fundamentalmente a partir de Dezembro de 1995. Nesta Cimeira foi aliás estabelecido um Plano de 66 Medidas, as quais continuam hoje a serem implementadas, e que abarcava praticamente todas as áreas relativas à toxicodependência, quer a nível da Comunidade, quer a nível nacional ou internacional. Assim, a nível comunitário essas medidas procuram aprofundar a cooperação policial, aduaneira e judiciária, estabelecendo, mesmo, acções comuns ao nível das drogas sintéticas. A nível

nacional tenta-se uma maior aproximação das legislações dos diversos Estados, de forma a conseguir meios muito próximos de luta contra este fenómeno. Tendencialmente, procurar-se-à a sua harmonização, porém, isto só é possível, actualmente, no âmbito do Terceiro Pilar. Finalmente, com países terceiros, a União Europeia tem levado a efeito algumas acções de cooperação com os países da América do Sul e Caraíbas e com os países da chamada Rota dos Balcãs, fundamentalmente, a Turquia, já que estes são os principais fornecedores desse tipo de substâncias para a Europa.

Convém, neste momento, conhecer os gastos que a UE tem em termos orçamentais, quer do ponto de vista externo, quer ainda do ponto de vista de todas as acções a desenvolver internamente à Comunidade. Com base no Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union, o orçamento que a União Europeia consagrou à luta contra a droga foi, em 1995, de 27.939 milhões de ecu, e em 1996, 61.279 milhões, estando consagrados quer para programas internos, quer para acções destinadas aos países do sul, por um lado, e aos países da Europa central e oriental, por outro. A contribuição portuguesa para o orçamento total da União é de 1,3%, segundo o Jornal Oficial da Comunidade Europeia. Esta percentagem vai ser utilizada para determinar a participação portuguesa no orçamento europeu de luta contra a droga, não entrando em linha de conta com as somas consagradas à cooperação no interior da UE em matéria de Justiça e de Polícia. Desta forma, Portugal participou com um total de 363 e de 797 mil ecu, em 1995 e 1996, respectivamente. A uma taxa de 198 escudos, significa aproximadamente 72 mil contos para o primeiro ano e 157.806 para o segundo.

3.6. Gastos Globais do Estado Português em Matéria de Droga

Os encargos até aqui referidos distribuídos pelos diferentes organismos do Estado que, de uma ou outra forma, têm competências no domínio da toxicodependência, apresentam-se de forma conjunta e sintetizada no Quadro 6.

Quadro 6 - Síntese dos Gastos do Estado Português em Matéria de Droga por organismos

(em contos)

Organismo	1995	1996
Gabinete do Alto Comissário	1.015.720	961.705
Ministério da Educação	420.000	372.000
Instituto Português da Juventude	6.595	-
Ministério do Emprego e Segurança Social	513.038	629.335
Ministério da Saúde	4.064.301	5.734.157
S.P.T.T.	2 142 298	2.783.149
C.N.L.C.S.	1.780.257	2.815.755
INFARMED	141.746	135.253
Ministério da Defesa Nacional	143.187	161.672
Ministério da Administração Interna	2.114.193	2.422.534
P.S.P.	1.386.666	1.452.790
G.N.R.	727.527	969.744
Ministério da Justiça	10.409.743	11.614.905
G.P.C.C.D.	233.000	188.377
P.J.	1 155 231	1.333.480
I.M.L.	234.213	203.013
D.G.S.P.	8.407.337	9.411.910
I.R.S.	39.202	57.771
Serviços Judiciais	340.760	420.354
Direcção Geral das Alfândegas	633.569	555.486
Ministério dos Negócios Estrangeiros	4.500	4.661
Contribuição P.N.U.C.I.D.	1.650	1650
Contribuição Grupo Pompidou	2.850	3.011
Contribuição Orçamento Comunitário/Droga	71.874	157.806
TOTAL	19.396.720	22.614.261

CONCLUSÃO

Ao longo desta exposição, aquilo que essencialmente se pretendia conhecer era qual a parte do orçamento estatal consignado à luta contra a droga, concluindo-se que, em 1995, esse montante foi de 19.935.382 e em 1996 de 22.479.008 contos. Pretendeu, portanto, compreender-se os meios que o Estado português disponibiliza para levar a cabo as acções que julga indispensáveis por forma a minorar os problemas que a toxicodependência levanta ao conjunto da comunidade nacional. A ênfase do trabalho recaiu sobre o modo como está estruturada a acção estatal, sobretudo, ao nível dos gastos orçamentais que cada um dos seus organismos tem, devido à sua intervenção específica nesse domínio. Assim, foram analisadas diversas entidades que actuam, quer no domínio da prevenção (primária, secundária ou terciária) do consumo, quer no domínio da repressão do tráfico e do consumo. Quanto às primeiras, podem ser apontados como exemplo, o Ministério da Educação, o MSSS, o IPJ ou o Ministério da Saúde. Em relação à repressão, o exemplo mais típico será o do MAI, mas também a Polícia Judiciária, os Tribunais e as Alfândegas. Desta forma, foi possível elaborar um quadro de síntese (Quadro 6) com os dados recolhidos ao longo do estudo e que permite verificar o total dos gastos que Portugal teve em matéria de drogas para os anos de 1995 e de 1996.

A consciência desses montantes é tão mais fundamental, quanto é certo que só se poderão tomar as opções correctas de actuação se houver um conjunto fiável de informações que fundamentem as decisões políticas. Isto é, só se consegue lutar contra um qualquer problema quando haja noção das suas implicações e dos meios disponíveis para as enfrentar. Só assim se poderão definir prioridades, só assim se poderão definir estratégias, só assim, enfim, se saberá qual o sentido mais correcto e

a melhor orientação a tomar. Caso contrário, não será possível nunca uma política global e concertada, mas apenas um conjunto de acções esporádicas e avulsas, nas quais, cada parte integrante do processo tentará actuar da forma que julgue a mais indicada, sem ter a percepção do conjunto.

O quadro que agora se apresenta (Quadro 7), é aquele que diz respeito aos orçamentos que o Gabinete do Alto Comissário e cada um dos Ministérios envolvidos no Projecto Vida apresentou e tornou público para o ano de 1995 e que serve de comparação com o Quadro 6. No Relatório Nacional do Fenómeno da Droga 1996 diz-se que "uma estimativa feita em finais de 1995, apontava para um orçamento global próximo dos 7.213.360 contos".

Quadro 7 - Apuramento final do Projecto VIDA para 1995

(em contos)

Ministérios	O.E.	Outras	Fontes	PIDDAC	Total
Saúde	1.511.620	52.272	(Joker)	125.000	1.688.892
Educação	1.160.000	-		-	1.160.000
Justiça	1.006.000	-	535.800	-	1.541.800
Sol. e Seg S	375.463	401.358	(Joker)	5.000	781.821
Emprego (a)	90.000	-		-	90.000
Defesa	143.200	-		-	143.200
Adm. Int (b)	0	0		-	0
GAC	500.000	1.307.647		-	1.807.647
TOTAL	4.786.283	1.761.277	535.800	130.000	7.231.360

Fonte: Plano de Actividades do Projecto Vida para o ano de 1995

a) Iniciativa Comunitária Horizon - 7 projectos no âmbito do combate às toxicod dependência e alcoolismo de 1992 a 1995

b) Segundo informação do MAI verbas difíceis de quantificar

Para o ano de 1996, a situação é, apesar de tudo, mais complexa já que não há um conhecimento, por parte do GAC (e muito menos dos restantes organismos), dos dados desagregados relativos a cada um dos Ministérios; apenas é conhecido o total de dez milhões de contos, como a estimativa do Governo para esse ano. Tais factos são sintomáticos das lacunas existentes, tanto mais que tal desagregação volta a ser possível para os anos de 97 e 98, patente no Relatório sobre o Fenómeno da Droga e Acção do Governo 1995-1997 (Anexo 3) , sendo, contudo, sempre dados orçamentais estimados e nunca despesa efectiva.

A grande diferença entre a estimativa feita por aqueles organismos e os resultados a que a presente análise chegou é de uma amplitude tal que apenas permite concluir que há um amplo desconhecimento, por parte do Estado, em relação aos custos directos que o fenómeno da droga lhe impõe, não falando já dos enormes custos indirectos. Uma coisa é pensar-se que a droga custa cerca de sete ou dez milhões de contos ao Estado; outra completamente diferente, é haver a consciência de que esse encargo ronda ou ultrapassa os vinte milhões de contos, ou seja, de duas a três vezes mais. Talvez tais valores, pelo seu peso orçamental (0,12% do PIB e 0,14%, para 1995 e 1996, respectivamente), acarrete a urgência de uma acção perfeitamente prioritária, de molde a tentar debelar as consequências negativas deste fenómeno, reduzindo, concomitantemente, a enorme pressão que provoca no conjunto da comunidade nacional. Porém, a percepção de que existem muitas zonas cinzentas no âmbito da droga começou desde logo a desenhar-se aquando das conversas mantidas com as pessoas que trabalham naqueles organismos, e que iam afirmando que existe uma grande falta de coordenação entre eles, e mesmo, por vezes, alguma falta de informação em relação ao trabalho executado noutros sectores. Claro está que tal situação é fonte próxima de alguma desarticulação no aparelho do Estado, acarretando um sem-número de ineficiências que originam maiores despesas mas

nunca se conseguindo resultados satisfatórios. Como exemplo desta desarticulação talvez seja de referir que, tanto os interlocutores do ME como do MSSS, consideraram exagerado o montante presente no referido Quadro 7 (em 1996, como se viu, nem sequer é possível fazer essa comparação), não havendo coincidência entre esses números e os dos respectivos Ministérios. Contudo, ainda mais grave é o caso do MAI que tem como previsão orçamental zero, pelo simples facto de se considerar aquelas verbas demasiado difíceis de quantificar. Esta parece uma posição complicada de sustentar, porque isso implica o reconhecimento de alguma ignorância do trabalho realizado pelas forças de segurança, tanto nesta, como noutras áreas. Serve tal descrição para concluir que afinal não existem dados orçamentais, especificamente consignados à droga, pelo que o desconhecimento se torna inevitável. Mais, salvo nos casos dos departamentos estatais especialmente vocacionados para acções neste domínio (como sejam os casos do GAC, do GPCCD, da DGAS e do SPTT) e ainda por outras razões o MDN, não existe nenhuma parte das suas despesas que estejam claramente afectas à questão dos estupefacientes, não havendo, por isso, consciência da parcela da sua actividade que lhes seja consagrada. Mas mesmo naqueles, os números veiculados pelo Projecto VIDA não têm qualquer semelhança com a realidade, à excepção do MDN.

A recolha dos elementos que foram sendo apresentados não decorreu sem dificuldades. Elas surgem, antes de mais, porque se trata de questões orçamentais, cuja divulgação levanta sempre alguma resistência e a necessidade de autorizações expressas das chefias. Verdade seja dita que, apesar de tudo, as pessoas estiveram relativamente receptivas ao trabalho, facilitando o acesso aos dados requeridos e prestando os esclarecimentos que foram sendo solicitados. A raiz dos maiores obstáculos residuiu, por isso e principalmente, na própria forma de organização da administração pública que não está preparada para uma repartição tão detalhada do

seu orçamento, como aquela a que este trabalho obrigava. Esses entraves foram sendo indicados, de forma mais ou menos explícita, ao longo da dissertação, sendo conveniente, neste momento, salientar alguns deles.

A questão começa logo ao nível da prevenção primária, já que é de extrema dificuldade, como foi referido, distinguir aquilo que é a promoção de uma vida saudável, daquilo que está directamente relacionado com tentar inculcar numa determinada população o não consumo de estupefacientes. Por isso, só podem ser contabilizadas aquelas acções do Estado que visem, explicitamente, a prevenção da toxicodependência. Isto determinará que as quantias apresentadas estejam subavaliadas. Mas esta subavaliação provém ainda de outras causas. De uma parte, esse é o caso de um estudo originário da ONG "Forum Prisões" (Anexo 4) que afirma que do total da população prisional, 70% são toxicodependentes (na realidade, 70% têm uma história de consumo de drogas), gastando, o Estado, cerca de 800 mil contos em psicotrópicos que lhes são fornecidos, muitas vezes, através de receita médica. Este montante, embora não tendo sido considerado no estudo, é suficientemente importante para ser referido e conhecido. De outra parte, só são contabilizados aqueles indivíduos que cometeram um crime relacionado com o tráfico ou uso de estupefacientes ou psicotrópicos, se esta for a infracção mais séria, pois nas estatísticas apenas está presente o crime mais grave, quando foram cometidos mais do que um.

Há, ainda, que salientar que não foram igualmente consideradas outras despesas que o Estado tem nesta matéria e que, como tal, agravariam ainda mais os resultados obtidos. É o caso do dispêndio que o Instituto Nacional de Polícia e Ciências Criminais (INPCC) gera com as acções de formação, relativas à droga, e que são prestadas não só aos agentes da PJ, mas também a outras forças de segurança. Porém, como elas

são ministradas no decurso do conjunto da sua actividade, não é possível separar os estupefacientes das restantes matérias de formação. Também não se contemplaram os custos de tratamento de toxicodependentes na órbita das Forças Armadas, já que estas possuem instalações próprias, como sejam os hospitais militares, destinadas ao tratamento de todo o tipo de doentes, não sendo possível a quantificação respeitante à parcela toxicodependência, apesar da estimativa para o ano de 1996 atingir os 400 mil contos – bem acima dos 161.672 contos considerados. Exactamente as mesmas razões são perfeitamente extensíveis ao Serviço Nacional de Saúde, cujos encargos com a toxicodependência não podem ser conhecidos.

Alguns comentários podem ser feitos pela análise dos resultados alcançados durante a elaboração deste trabalho e que estão expressos no Quadro 6. É interessante notar que apesar da Lei da Droga considerar o toxicodependente como um doente, necessitando de tratamento, as despesas inerentes ao Ministério da Justiça (10.409.743 e 11.614.905 contos) representam mais do dobro das respeitantes ao Ministério da Saúde (4.064.301 e 5.734.157 contos), se considerarmos os gastos com o tratamento dos doentes com SIDA, caso contrário essa diferença é bastante maior. Deve ainda dizer-se que 81% dos encargos totais da Justiça, quer para 95 quer para 96, provêm do sector prisional, sector este que representa cerca de 43,6% e 41,8% das verbas totais calculadas para esses dois anos. Significa isto que, não obstante, o discurso oficial, o toxicodependente continua a ser visto como um criminoso. Basta observar, a título de exemplo, que de um total de 2.198 condenados, em 1995, por violação da legislação da droga, 1.269 foram-no por tráfico, enquanto que por consumo o número foi de 806 (os restantes fazem parte do grupo traficante-consumidor). Portanto, há ainda, uma certa estigmatização por parte do sistema judicial em relação aos indivíduos consumidores de drogas. Assim se vê que, na realidade, existe uma parte dos dinheiros públicos destinada à droga que é

encaminhada para a prevenção do consumo e outra para a repressão do tráfico e do consumo. Se o exercício for o de separar a parte que corresponde à prevenção da correspondente à repressão, há que juntar, de um lado, GAC, ME, IPJ, MESS, MS e MDN, e do outro MAI, MJ e DGA. O primeiro grupo associado atinge, em 95, o valor de 6.162.821 contos e, em 96, 7.858.869 contos, contra, respectivamente, 13.157.475 e 14.592.925 contos, o que demonstra uma vez mais que há ainda um esforço muito grande a realizar no campo da prevenção, pois o Estado continua a privilegiar a condenação em detrimento da formação e da informação. Demonstra também que, excluindo o MNE e a Contribuição para o Orçamento Comunitário, o primeiro grupo representa, em 1995, 31,9% do total e em 1996, 35%. Quer isto dizer que, na realidade, se verifica, de um ano para o outro, uma evolução positiva, no sentido da prevenção, sem, contudo, ela ser grandemente assinalável.

Há, no entanto, que notar que tal diferença pode advir do facto de ser bastante mais difícil conhecer a parte da prevenção do consumo destinada à luta contra a droga, uma vez que só é possível entrar em linha de conta com as despesas claramente consignadas a esse fim.

Quanto ao Ministério da Administração Interna é curioso reparar que a PSP tem uma intervenção de maior monta neste domínio face à GNR, talvez porque a actuação da primeira se faz primordialmente nas zonas urbanas (zonas tradicionalmente mais ligadas ao tráfico e consumo de estupefacientes), ao contrário do que acontece com a Guarda, cuja esfera de alcance é essencialmente rural. Porém, essa diferença esbate-se um pouco de 95 para 96, acompanhando, em parte, o aumento, sentido, dos problemas ligados à toxicodependência nas zonas rurais. Também de assinalar que os gastos da PSP são superiores aos da Polícia Judiciária, o que à partida parece estranho, já que esta é a que tem competências mais vastas, de acordo com o

Decreto-Lei 81/95 de 22 de Abril. Contudo, se a observação tiver em conta o orçamento das duas forças nos anos de 95 e de 96, verifica-se que PJ gasta percentualmente muito mais do que a PSP: aproximadamente doze por cento, contra 2,2% respectivamente, para os dois anos, o que toma a análise muito mais consentânea com a realidade.

De salientar é também a importância irrisória que têm as contribuições do Estado português para os organismos internacionais que, de uma ou outra forma, procuram desenvolver uma acção de concertação entre as Nações, de forma a conseguir uma maior eficácia na luta contra um fenómeno de natureza global, como é este. Tal situação vem demonstrar à evidência que não existe qualquer prioridade por parte do Estado português em matéria de cooperação com outros países, apesar de ser um território privilegiado de entrada de estupefacientes na Europa. Também o facto de os Tratados bilaterais estabelecidos por Portugal não terem tido, até à data, qualquer efeito prático é prova disso mesmo.

Resta, nesta fase, referir que os encargos que o Estado português teve em matéria de droga relativamente ao seu PIB aumentaram ligeiramente de 1995 para 1996: 0,12% (19.396.720/15.590 milhões de contos) e 0,14% (22.614.261/16.524 milhões de contos), respectivamente. Significa isto que as condições da luta contra a droga levada a cabo em Portugal não se alteraram substancialmente de um ano para o outro, apesar de ser um período de constante debate e alerta no seio da sociedade nacional, e de grande participação portuguesa nos *fora* internacionais. Logo, apesar do discurso político de grande preocupação pelo problema, pequenas terão sido as mudanças no domínio das acções concretas. Claro que a percepção que as autoridades públicas podem ter dos gastos é ligeiramente diferente. Senão veja-se: o acréscimo do PIB de um ano para o outro foi de 6%, enquanto que a variação das dotações orçamentais

consagradas à questão dos estupefacientes foi de 38,3%. Naturalmente que se pode defender que este foi um esforço bastante grande, revelando uma grande preocupação por este fenómeno e pelo seu desenvolvimento. Porém, a questão é que esses números são meras estimativas que, como foi sendo visto, não correspondem à realidade dos factos.

Concerteza que, pela forma como foi conduzido, o estudo implica uma série de simplificações e incertezas, já que, na verdade, também não houve a pretensão de calcular com exactidão todos os custos efectivamente suportados pelo Estado. Pretendeu-se, isso sim, levantar algumas pistas e constituir-se como um instrumento orientador de prováveis futuras análises. A primeira dessas incertezas surge logo nas formas de cálculo dos custos. Parte-se do princípio que o tempo ou os recursos despendidos dentro de cada organismo em acções ligadas à droga são proporcionais ao seu peso em relação a todas as actividades aí levadas a cabo, o que pode não ser, de todo, verdade. Porém, esta forma de cálculo permite uma aproximação interessante. Outra fonte de incertezas tem que ver com a utilização do mesmo método de cálculo em instituições que têm formas de trabalho muito diferenciadas, acarretando, quiçá, uma apropriação errada da realidade. Finalmente, parte-se do princípio de que as estatísticas e os dados presentes nos documentos orçamentais e estatísticos reflectem os factos, realmente, verificados.

Este estudo não ficaria ainda totalmente completo se não se fizesse uma comparação entre aquilo que se passa em Portugal e o que se passa noutros países com larga tradição em matéria de combate à droga e com concepções políticas diferentes, como são a Holanda, a França e os Estados Unidos (EUA). Tal comparação é efectuada apenas para o ano de 1995, porque apenas para esse ano existem dados credíveis atinentes aos países com os quais se pretendem confrontar os dados. De acordo com

o Quadro 8, baseado em dados apresentados por Pierre Kopp (1996, pp. 38 a 42), pode concluir-se que Portugal é o país que gasta uma maior parte do seu orçamento

Quadro 8 - Custo da Intervenção Pública em Matéria de Droga - 1995

	Portugal	França	Holanda (1)	EUA
Despesa pública droga (milhões contos)	19,4	135,9	51,0	2.190,0
PIB (milhões contos)	15.590	236.499	55.671	1.104.495
Despesa pública droga em % do PIB	0,12	0,06	0,09	0,20
Número estimado de drogados (2)	50.000	120.000	30.000	2.738.000
Despesa pública/nº de drogados (contos)	387,9	1132,5	1700	799,9

Fontes: Kopp, 1996; Comissão das Comunidades Europeias, 1994; Assembleia da República 1995; Office des Publications Officielles des Communautés Européennes, 1996; U.N., 1997.

(1) Dados de 1992

(2) Referente a 1990

de Estado em droga (0,12%), face aos outros dois parceiros europeus (França 0,06% e Holanda 0,09%), mas constituindo pouco mais de metade em relação aos EUA, cujo gasto se eleva a 0,2%. Porém, ao focalizar a atenção na despesa pública *per capita* do número de drogados, qualquer um dos outros países da União Europeia consegue um resultado muito superior ao nacional, em parte devido à maior proporção da população drogada existente em Portugal quando comparada com a França e a Holanda. Com efeito, Portugal tem, estimados, 50 mil toxicodependentes para um total de 9.920.800 habitantes, ou seja, 0,5% da população é toxicodependente, enquanto que na Holanda e na França esse valor é de 0,2% (30.000/1.549.800 e 120.000/58.265.400, respectivamente). Quanto aos EUA, aí existe um gasto por consumidor de drogas bastante mais baixo que naqueles dois Estados europeus, mas também há que não esquecer que a sua população toxicodependente rondará um por cento do total populacional (2.738.000/264.257.100). É curioso de analisar a situação na Holanda se

se tiver em conta que este é um país considerado bastante liberal em matéria de drogas e que consegue um resultado muito superior ao português.

A razão de ser desta aparente incongruência, em Portugal, entre uma maior parte do PIB dedicada às questões da droga e uma muito pequena parte, quando se entra em linha de conta com o número de drogados, poderá estar radicada, por um lado, na ineficácia da estratégia política prosseguida pelo Estado português. Teria, por isso, interesse, no âmbito de uma pesquisa futura, tentar estabelecer uma ligação entre a despesa estatal em droga e os resultados concretos daí obtidos. Por outro lado, poderá ter que ver com o facto de estas preocupações com o problema da droga terem começado mais tarde em Portugal (em comparação com os países considerados), o que inevitavelmente acarreta alguma ineficiência e atraso.

Resumindo, se é verdade que nem tudo corre bem, sobretudo ao nível da eficácia das acções desenvolvidas, também não é menos verdade que o Estado tem tentado munir-se dos meios institucionais e financeiros mais adequados para levar adiante o seu programa anti-droga. Como se viu, são muitos os organismos ministeriais de que dispõe, faltando, todavia, uma maior articulação entre eles, articulação essa que o Projecto Vida parece não ter ainda alcançado. Em relação aos meios financeiros, a sua evolução tem sido positiva, em termos absolutos, tendo em atenção o exemplo da dotação orçamental de que tem sido objecto o Gabinete do Alto Comissário (com excepção da variação entre o ano de 1995 e 1996, onde ocorreu um pequeno decréscimo). Atente-se ao Quadro 9:

Quadro 9 - Acréscimo da Dotação Orçamental do GAC

(em contos)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
O.E.	48.620	67.618	380.253	550.000	500.000	373.100
Joker	-	-	-	90.067	515.720	588.605
Total	48.620	67.618	380.253	640.067	1.015.720	961.705

Fonte: Projecto Vida

Uma coisa é certa, estes cerca de vinte milhões de contos que foram calculados ao longo deste trabalho, parecem manifestamente insuficientes quando comparados com os gastos anuais, estimados pela Polícia Judiciária, do conjunto dos toxicodependentes portugueses. Considerando-se que o número actual desta população seja de 50 mil (número subavaliado) e que em média, cada um dos seus elementos consuma duas doses diárias de drogas pesadas (número subestimado, já que há pessoas que tomam 5 e 6 doses por dia), o consumo atinge um valor de cem mil contos diários, pois cada dose custará, em média, mil escudos. Por ano, o montante que o conjunto dos toxicodependentes gasta no uso destas substâncias será de cerca de 36.500.000 contos. Portanto, os gastos privados ascendem facilmente a quase o dobro dos gastos públicos, sendo os cálculos efectuados bastante por baixo.

Para terminar, há que salientar como aspecto mais preocupante desta análise, o grande desconhecimento, entre as autoridades estatais, dos verdadeiros montantes por si despendidos em acções decorrentes da existência do fenómeno da droga, donde resultam perdas de eficiência na utilização dos recursos públicos. Sobretudo é de referir os custos de oportunidade que advêm, para a comunidade, nacional da canalização para a droga de montantes tão importantes como aqueles que foram sendo referidos ao longo deste trabalho. Mas assim como é certo este desconhecimento relativamente às drogas ilícitas, maior será ainda face às drogas

lícitas, pelo que seria interessante, a prazo, a comparação entre os custos financeiros, mas também sociais (perda de produtividade, absentismo ou mortes prematuras), entre umas e outras.

Como é aludido no Relatório da Comissão Eventual para o Acompanhamento e Avaliação da Situação da Toxicodependência, do Consumo e do Tráfico de Droga da Assembleia da República, “importa (...) reconhecer e constatar que, considerando sobretudo a gravidade e a dimensão nacional e mundial do fenómeno, existe uma desproporção entre as preocupações expressas e a indispensável investigação científica que deveria servir de suporte às posições, propostas ou soluções que, em Portugal, como no estrangeiro, têm vindo a alimentar o debate em redor desta problemática.

Urge, pois, investir fortemente na investigação científica do fenómeno, bem como estimular novas experiências, com vista à obtenção de futuras soluções e novos dados que permitam encarar a presente realidade com decisões cientificamente sustentadas, quer no âmbito nacional, quer no internacional.”

BIBLIOGRAFIA

Alfândega (1996), Relatório de Actividades, *Revista Aduaneira*, 39/40, Lisboa: Direcção Geral das Alfândegas.

Assembleia da República (1994, 18 de Outubro), Proposta de Lei nº 111/VI - Orçamento do Estado para 1995, *Diário da Assembleia da República, II Série-A*, 6º Suplemento.

Assembleia da República (1996, 3 de Setembro), Lei nº 45/96 - Altera o Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de Janeiro (regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes), *Diário da República, I Série-A*, 204/96, pp. 2 899-2 902.

Assembleia da República (1997, 28 de Fevereiro), Resolução da Assembleia da República nº 8/97 - Aprova, para ratificação, o Acordo Bilateral de Cooperação entre a República Portuguesa e a República de Angola no Domínio do Combate ao Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Substâncias Psicotrópicas e Criminalidade Conexa, *Diário da República, I Série-A*, 50/87, pp. 889/890.

Assembleia da República (1998), *Relatório da Comissão Eventual para o Acompanhamento e Avaliação da Situação da Toxicodependência, do Consumo e do Tráfico de Droga*, Lisboa: Assembleia da República.

Bachmann, C. e Coppel, A. (1991), *La Drogue Dans le Monde. Hier et Aujourd'hui*, Paris: Albin Michel.

Caballero, F. (1992), Teoria do Direito da Droga, *Sub Iudice*, 3, pp. 75-94.

Cabral, J. A. (1993), A Penalização do Consumo, *Cadernos do Instituto Superior Bissaya Barreto*, 1, pp. 10-18.

CAT das Taipas (1996), Colectânea de Textos, VIII, Lisboa.

Coelho, A. (1934), *Ópio, Cocaína e Escravatura Branca*, Lisboa: Livraria Clássica Editora.

Comissão das Comunidades Europeias (1994), *Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu relativa a um Plano de Acção da União Europeia em Matéria de Luta contra a Droga, COM(94) 234 final*, Luxemburgo: Serviço de Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (1995), *SIDA: A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 1995*, Lisboa: Instituto Nacional de Saúde.

Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group) (1996), *Origin, Functioning and Achievements of the Pompidou Group*, Strasbourg: Council of Europe.

Dâmaso, E. (1993), O Narcotráfico e o Branqueamento de Capitais, *Cadernos do Instituto Superior Bissaya Barreto*, 1, pp. 19-24.

Direcção Geral de Acção Social (1996), *Relatório das Actividades Desenvolvidas em 1995 no Âmbito da Toxicodependência*, Lisboa: Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.

Estievenart, G. (1993), The European Community and the Global Drug Phenomenon, in: G. Estievenart (Ed.), *Policies and Strategies to Combat Drugs in Europe. The Treaty on Europe Union: Framework for a New European Strategy to Combat Drugs?*, pp. 44-87, Florence: European Commission.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1997), *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union 1996*, Lisboa: European Communities.

Forte, M. (1997), Impacto Económico da Infecção por VIH, *SIDA*, Março/Abril, pp. 22-23.

Gabinete do Alto Comissário para o Projecto Vida, *Plano de Actividades do Projecto Vida para o ano de 1995*, Lisboa.

Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (1997), *Relatório de Actividades 1996*, Lisboa: Ministério da Saúde.

Jornal Oficial das Comunidades Europeias (1996, 12 de Novembro), Relatório Anual Relativo ao Exercício de 1995, acompanhado das respostas das instituições, C340, pp. 55-56.

Kopp, P. (Ed) (1995), *L'Économie du Blanchiment*, Paris: Association d'économie financière.

Kopp, Pierre (1996), *Le Coût de la Politique Publique de la Drogue. Essai de Mesure des Dépenses des Administrations d'État* (rapport intermédiaire), Documento não publicado.

Lopes, J. A. M. (1992), Nova Legislação sobre Droga: Breve Comentário, *Sub Judice*, 3, pp. 105-108.

Ministério da Administração Interna (1993, 26 de Junho), Decreto-Lei nº 231/93 - Lei Orgânica da Guarda Nacional Republicana

Ministério da Administração Interna (1994, 29 de Dezembro), Decreto-Lei nº 321/94 - Estatuto da Polícia de Segurança Pública.

Ministério da Administração Interna (1995, 22 de Abril), Decreto-Lei nº 81/95 - Prevê a Criação de Brigadas Anticrime e de Unidades Mistas de Coordenação Integrando a Polícia Judiciária, a Guarda Nacional Republicana, a Polícia de Segurança Pública, o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras e a Direcção Geral das Alfândegas, *Diário da República, I Série-A*, 95/95, pp. 2 314-2 316.

Ministério da Defesa Nacional (1993), *Programa para a Prevenção e Combate à Droga e ao Alcoolismo nas Forças Armadas*, Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.

Ministério da Defesa Nacional (1997), *Relatório de Actividades 1996 do Programa para a Prevenção e Combate à Droga e ao Alcoolismo nas Forças Armadas*, Lisboa: Grupo Coordenador para a Prevenção e Combate às Toxicodependências nas Forças Armadas.

Ministério das Finanças (1993, 25 de Setembro), Decreto-Lei nº 324/93 - Aprova a Orgânica da Direcção Geral das Alfândegas, *Diário da República, I Série-A*, 226/93, pp. 5 336-5 337.

Ministério da Justiça (1982, 8 de Setembro), Decreto-Lei nº 365/82 - Reorganiza o Gabinete Coordenador do Combate à Droga, *Diário da República, I Série*, 208/82, pp. 2 674-2 684.

Ministério da Justiça (1991), *Lei Orgânica dos Serviços Prisionais*, Lisboa: Ministério da Justiça.

Ministério da Justiça (1995, 31 de Março), Decreto-Lei nº 58/95 - Aprova a nova Lei Orgânica do Instituto de Reinserção Social, *Diário da República, I Série-A*, 77/95, pp. 1 798-1 826.

Ministério da Justiça - Gabinete de Estudos e Planeamento (1996), *Estatísticas da Justiça 1995*, Lisboa: Ministério da Justiça.

Ministério da Justiça - Gabinete de Estudos e Planeamento (1996), *Estatísticas Criminais 1995*, Lisboa: Ministério da Justiça.

Ministério da Justiça - Gabinete de Estudos e Planeamento (1996), *Justiça 1995/96*, Lisboa: Ministério da Justiça.

Ministério da Justiça - Gabinete de Estudos e Planeamento (1997), *Dossier Justiça*, Lisboa: Ministério da Justiça.

Ministério da Justiça (1997, 14 de Janeiro), Decreto-Lei nº10/97 - Aprova a orgânica da Direcção Geral dos Serviços Prisionais, *Diário da República, I Série-A*, 11/97, pp. 152-160.

Ministério dos Negócios Estrangeiros (1987, 25 de Junho), Decreto do Governo nº 22/87 - Aprova o Acordo entre o Governo da República Portuguesa e o Governo do Reino de Espanha sobre Cooperação em matéria de Luta contra a Droga, *Diário da República, I Série*, 143/87, pp. 2 416-2 417.

Ministério dos Negócios Estrangeiros (1992, 22 de Janeiro), Decreto nº 4/92 - Aprova o Acordo de Cooperação entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República Federativa do Brasil para a Redução da Procura, Combate à Produção e Repressão ao Tráfico Ilícito de Drogas e Substâncias Psicotrópicas, *Diário da República, I Série-A*, 18/92, pp. 437-438.

Ministério dos Negócios Estrangeiros (1995, 28 de Abril), Decreto nº 10/95 - Aprova, para ratificação, o Acordo entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República da Venezuela sobre Prevenção, Controlo, Fiscalização e Repressão do Consumo Indevido e Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas, *Diário da República, I Série-A*, 99/95, pp. 2 593-2 595.

Ministério da Saúde (1994, 17 de Fevereiro), Decreto-Lei nº 43/94 - Aprova a Lei Orgânica do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência.

Ministério da Saúde (1995, 8 de Abril), Decreto-Lei nº 67/95 - Altera o Decreto-Lei nº 43/94, de 17 de Fevereiro (Aprova a Lei Orgânica do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência).

Ministério da Solidariedade e Segurança Social (1996, 2 de Maio), Decreto-Lei nº 35/96 - Estabelece a Lei Orgânica do Ministério da Solidariedade e Segurança Social, *Diário da República, I Série-A*, 102/96, pp. 998-1 002

Observatoire Géopolitique des Drogues (1996), *Atlas Mondial des Drogues*, Paris: Presses Universitaires de France.

Office des Publications Officielles des Communautés Européennes (1996), *Statistiques de base de l'Union Européenne. Comparaisons avec les Principaux Partenaires de l'Union*, Luxembourg.

Poiares, C. A. (1995), A Legislação Penal da Droga. Contribuição para uma Análise do Discurso do Legislador, *Toxicodependências*, 3, pp. 17-28.

Ponto Focal Português da REITOX, *Relatório Nacional do Fenómeno da Droga 1996*, Lisboa: Observatório Vida.

Presidência do Conselho de Ministros (1993, 22 de Janeiro), Decreto-Lei nº 15/93 - Regime Jurídico do Tráfico e Consumo de Estupefacientes, *Diário da República, I Série-A*, 43/93, pp. 734-(2)-734-(20).

Presidência do Conselho de Ministros (1996, 15 de Outubro), Decreto-Lei nº 193/96 - Reformula o Programa Nacional de Prevenção da Toxicodependência - Projecto Vida, *Diário da República, I Série-A*, 239/96, pp. 3 598-3 602.

Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios da Saúde, para a Qualificação e o Emprego e da Solidariedade e Segurança Social (1996, 10 de Outubro), Despacho Conjunto, *Diário da República, II Série*, 235/96, pp. 14 242-(2)-14 242-(3).

Presidência do Conselho de Ministros (1998), *Relatório sobre o Fenómeno da Droga e a Acção do Governo – 1995-1997*, Lisboa: Observatório Vida.

Programa de Promoção e Educação para a Saúde (1995/96), *Projecto "Viva a Escola". De um Projecto Piloto a Escolas Promotoras de Saúde - uma Acção Educativa de todas as Escolas*, Lisboa: Ministério da Educação

Projecto Vida (1991-1996) Mapa da Despesa do Orçamento de Estado, *Encargos Gerais da Nação*, Lisboa: Secretaria Geral da Presidência do Conselho de Ministros.

Ribeiro, J. S. (1995), Dependência ou Dependências? Incidências Históricas na Formalização dos Conceitos, *Toxicodependências*, 3, pp. 5-13.

Santiago, R. (1993), Aspectos Inovadores da Lei. Principais Diferenças entre o actual e o anterior Regime Punitivo em Matéria de Consumo e Tráfico Ilícito de Estupefacientes, *Cadernos do Instituto Superior Bissaya Barreto*, 1, pp. 5-9.

Serviço de Prevenção e Tratamento das Toxicodependências (1996), *Relatório de Actividades*, Lisboa: Ministério da Saúde.

United Nations (1964), Single Convention on Narcotic Drugs 1961, *Treaty Series - Treaties and international agreements registered or filed and recorded with the Secretariat of the United Nations*, 520, pp. 204-268.

United Nations (1976), Convention on psychotropic substances 1971, *Treaty Series*, 14 956, pp. 175-196.

United Nations (1988), United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, *Document E/CONF.82/15*, pp. 181-195.

United Nations (1997), *World Drug Report*, Oxford: Oxford University Press.

ANEXO 1

SCHEDULES

LIST OF DRUGS INCLUDED IN SCHEDULE I

Acetylmethadol (3-acetoxy-6-dimethylamino-4,4-diphenylheptane)
 Allylprodine (3-allyl-1-methyl-4-phenyl-4-propionoxypiperidine)
 Alphacetylmethadol (alpha-3-acetoxy-6-dimethylamino-4,4-diphenylheptane)
 Alphameprodine (alpha-3-ethyl-1-methyl-4-phenyl-4-propionoxypiperidine)
 Alphamethadol (alpha-6-dimethylamino-4,4-diphenyl-3-heptanol)
 Alaphprodine (alpha-1,3-dimethyl-4-phenyl-4-propionoxypiperidine)
 Anileridine (1-*para*-aminophenethyl-4-phenylpiperidine-4-carboxylic acid ethyl ester)
 Benzethidine (1-(2-benzoyloxyethyl)-4-phenylpiperidine-4-carboxylic acid ethyl ester)
 Benzylmorphine (3-benzylmorphine)
 Betacetylmethadol (beta-3-acetoxy-6-dimethylamino-4,4-diphenylheptane)
 Betameprodine (beta-3-ethyl-1-methyl-4-phenyl-4-propionoxypiperidine)
 Betamethadol (beta-6-dimethylamino-4,4-diphenyl-3-heptanol)
 Betaprodine (beta-1,3-dimethyl-4-phenyl-4-propionoxypiperidine)
 Cannabis and cannabis resin and extracts and tinctures of cannabis
 Clonitazene (2-*para*-chlorobenzyl-1-diethylaminoethyl-5-nitrobenzimidazole)
 Coca Leaf
 Cocaine (methyl ester of benzoylcegonine)
 Concentrate of poppy straw (the material arising when poppy straw has entered into a process for the concentration of its alkaloids, when such material is made available in trade)
 Desomorphine (dihydrodeoxymorphine)
 Dextromoramide ((+)-4-[2-methyl-4-oxo-3,3-diphenyl-4-(1-pyrrolidinyl) butyl] morpholine)
 Diampromide (N-[2-methylphenethylamino] propyl] propionanilide)
 Diethylthiambutene (3-diethylamino-1,1-di-(2'-thienyl)-1-butene)
 Dihydromorphine
 Dimenoxadol (2-dimethylaminoethyl-1-ethoxy-1,1-diphenylacetate)
 Dimheptanol (6-dimethylamino-4,4-diphenyl-3-heptanol)
 Dimethylthiambutene (3-dimethylamino-1,1-di-(2'-thienyl)-1-butene)
 Dioxaphetyl Butyrate (ethyl 4-morpholino-2,2-diphenylbutyrate)
 Diphenoxylate (1-(3-cyano-3,3-diphenylpropyl)-4-phenylpiperidine-4-carboxylic acid ethyl ester)
 Dipipanone (4,4-diphenyl-6-piperidine-3-heptanone)
 Ecgonine, its esters and derivatives which are convertible to ecgonine and cocaine
 Ethylmethylthiambutene (3-ethylmethylamino-1,1-di-(2'-thienyl)-1-butene)
 Etonitazene (1-diethylaminoethyl-2-*para*-ethoxybenzyl-5-nitrobenzimidazole)
 Etoxeridine (1-[2-(2-hydroxyethoxy) ethyl]-4-phenylpiperidine-4-carboxylic acid ethyl ester)
 Furthidine (1-(2-tetrahydrofurfuryloxyethyl)-4-phenylpiperidine-4-carboxylic acid ethyl ester)
 Heroin (diacetylmorphine)

TABLEAUX

LISTE DES STUPÉFIANTS INCLUS AU TABLEAU I

Acétylméthadol (acétoxy-3 diméthylamino-6 diphényl-4,4 heptane)
 Allylprodine (allyl-3 méthyl-1 phényl-4 propionoxy-4 pipéridine)
 Alphacétylméthadol (alpha-acétoxy-3 diméthylamino-6 diphényl-4,4 heptane)
 Alphameprodine (alpha-éthyl-3 méthyl-1 phényl-4 propionoxy-4 pipéridine)
 Alphaméthadol (alpha-6 diméthylamino-6 diphényl-4,4 heptanol-3)
 Alaphrodine (alpha-1,3 diméthyl-3,3 phényl-4 propionoxy-4 pipéridine)
 Anileridine (ester éthylique de l'acide *para*-aminophénéthyl-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 Benzéthidine (ester éthylique de l'acide (benzyloxy-2 éthyl)-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 Benzylmorphine (benzyl-3-morphine)
 Bétacétylméthadol (bêta-acétoxy-3 diméthylamino-6 diphényl-4,4 heptane)
 Bétameprodine (bêta-éthyl-3 méthyl-1 phényl-4 propionoxy-4 pipéridine)
 Bétaméthadol (bêta-diméthylamino-6 diphényl-4,4 heptanol-3)
 Bétaprodine (bêta-diméthyl-1,3 phényl-4 propionoxy-4 pipéridine)
 Cannabis, résine de cannabis, extraits et teintures de cannabis
 Cétobémidone (*mé*ta-hydroxyphényl-4 méthyl-1 propionyl-4 pipéridine)
 Clonitazène (*para*-chlorobenzyl-2 diéthylaminoéthyl-1 nitro-5 benzimidazole)
 Coca (Feuille de)
 Cocaine (ester méthylque de la benzoylcegonine)
 Concentré de paille de pavot (matière obtenue lorsque la paille de pavot a subi un traitement en vue de la concentration de ses alcaloïdes, lorsque cette matière est mise dans le commerce)
 Désomorphine (dihydrodésomorphine)
 Dextromoramide ((+)) [méthyl-2 oxo-4 diphényl-3,3 (pyrrolidinyl)-4 butyl]-4 morpholine)
 Diampromide (N-[méthylphénéthylamino]-2 propyl] propionanilide)
 Diéthylthiambutène (diéthylamino-3 di-(thiényl-2')-1,1 butène-1)
 Dihydromorphine
 Diménoxadol (diméthylaminoéthyl-2 éthoxy-1 diphényl-1,1 acétate)
 Dimheptanol (diméthylamino-6 diphényl-4,4 heptanol-3)
 Diméthylthiambutène (diméthylamino-3 di- (thiényl-2')-1,1 butène-1)
 Butyrate de dioxaphétyle (morpholino-4 diphényl-2,2 butyrate d'éthyl)
 Diphenoxylate (ester éthylique de l'acide (cyano-3 diphényl-3,3 propyl)-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 Dipipanone (diphényl-4,4 pipéridine-6 heptanone-3)
 Ecgonine, ses esters et dérivés qui sont transformables en ecgonine et cocaïne
 Ethylmethylthiambutène (éthylmethylamino-3 di-(thiényl-2')-1,1 butène-1)
 Etonitazène ((diéthylaminoéthyl)-1 *para*-éthoxybenzyl-2 nitro-5 benzimidazole)
 Etoxéridine (ester éthylique de l'acide [(hydroxy-2 éthoxy)-2 éthyl]-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 Furéthidine (ester éthylique de l'acide (tétrahydrofurfuryloxyéthyl-2)-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 Héroïne (diacétylmorphine)

Hydrocodone (dihydrocodéonone)
 Hydromorphenol (14-hydroxydihydromorphine)
 Hydromorphone (dihydromorphinone)
 Hydroxypéthidine (4-*meta*-hydroxyphényl-1-méthylpiperidine-4-carboxylic acid ethyl ester)
 Isométhadone (6-diméthylamino-5-méthyl-4,4-diphényl-3-hexanone)
 Ketobemidone (4-*meta*-hydroxyphényl-1-méthyl-4-propionylpiperidine)
 Levométhorphan* ((-)-3-méthoxy-N-méthylmorphinan)
 Levomoramide ((-)-4-[2-méthyl-4-oxo-3,3-diphényl-4-(1-pyrrolidiny)] butyl] morpholine)
 Levophénacylmorphan ((-)-3-hydroxy-N-phénacylmorphinan)
 Levorphanol* ((-)-3-hydroxy-N-méthylmorphinan)
 Méta-zocine (2'-hydroxy-2,5,9-triméthyl-6,7-benzomorphan)
 Méthadone (6-diméthylamino-4,4-diphényl-3-heptanone)
 Méthyl-désorphine (6-méthyl-delta 6-deoxymorphine)
 Méthyl-dihydromorphine (6-méthyl-dihydromorphine)
 1-Méthyl-4-phénylpiperidine-4-carboxylic acid
 Metopon (5-méthyl-dihydromorphinone)
 Morphinéridine (1-(2-morpholinoéthyl)-4-phénylpiperidine-4-carboxylic acid ethyl ester)
 Morphine
 Morphine Methobromide and other pentavalent nitrogen morphine derivatives
 Morphine-N-oxide
 Myrophine (myristylbenzylmorphine)
 Nicomorphine (3,6-dinicotinylmorphine)
 Norlévorphanol ((-)-3-hydroxymorphinan)
 Norméthadone (6-diméthylamino-4,4-diphényl-3-hexanone)
 Normorphine (déméthylmorphine)
 Opium
 Oxycodone (14-hydroxydihydrocodéonone)
 Oxymorphone (14-hydroxydihydromorphinone)
 Péthidine (1-méthyl-4-phénylpiperidine-4-carboxylic acid ethyl ester)
 Phénadoxone (6-morpholino-4,4-diphényl-3-heptanone)
 Phénampromide (N-(1-méthyl-2-piperidinoéthyl) propionanilide)
 Phénazocine (2'-hydroxy-5,9-diméthyl-2-phényl-6,7-benzomorphan)
 Phénomorphane (3-hydroxy-N-phénylmorphinan)
 Phénopéridine (1-(3-hydroxy-3-phénylpropyl)-4-phénylpiperidine-4-carboxylic acid ethyl ester)
 Piminodine (4-phényl-1-(3-phénylaminopropyl) piperidine-4-carboxylic acid ethyl ester)
 Propéptazine (1,3-diméthyl-4-phényl-4-propionoxazacycloheptane)
 Propéridine (1-méthyl-4-phénylpiperidine-4-carboxylic acid isopropyl ester)
 Racéméthorphan ((±)-3-méthoxy-N-méthylmorphinan)
 Racemoramide ((±)-4-[2-méthyl-4-oxo-3,3-diphényl-4-(1-pyrrolidiny)] butyl] morpholine)
 Racemorphan ((±)-3-hydroxy-N-méthylmorphinan)

* Dextrométhorphan ((+)-3-méthoxy-N-méthylmorphinan) and dextro-rphan ((+)-3-Hydroxy-N-méthylmorphinan) are specifically excluded from this Schedule.

Hydrocodone (dihydrocodéonone)
 Hydromorphenol (hydroxy-14 dihydromorphine)
 Hydromorphone (dihydromorphinone)
 Hydroxypéthidine (ester éthylique de l'acide *meta*-hydroxyphényl-4 méthyl-1 pipéridine carboxylique-4)
 Isométhadone (diméthylamino-6 méthyl-5 diphényl-4,4 hexanone-3)
 Lévométhorphan* ((-)-méthoxy-3 N-méthylmorphinan)
 Lévomoramide ((-)-[méthyl-2 oxo-4 diphényl-3,3 (pyrrolidiny-1)-4 butyl]-4 morpholine)
 Lévo-phénacylmorphan ((-)-hydroxy-3 N-phénacylmorphinan)
 Lévorphanol* ((-)-hydroxy-3 N-méthylmorphinan)
 Méta-zocine (hydroxy-2' triméthyl-2,5,9 benzomorphan-6,7)
 Méthadone (diméthylamino-6 diphényl-4,4 heptanone-3)
 Méthyl-désorphine (méthyl-6 delta6-déoxymorphine)
 Méthyl-dihydromorphine (méthyl-6 dihydromorphine)
 Méthyl-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4 (acide)
 Métopon (méthyl-5 dihydromorphinone)
 Morphinéridine (ester éthylique de l'acide (morpholino-2 éthyl)-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 Morphine
 Morphine méthobromide et autres dérivés morphiniques à azote pentavalent
 N-Oxymorphine
 Myrophine (myristylbenzylmorphine)
 Nicomorphine (dinicotinyl-3,6 morphine)
 Norlévorphanol ((-)-hydroxy-3 morphinan)
 Norméthadone (diméthylamino-6 diphényl-4,4 hexanone-3)
 Normorphine (déméthylmorphine)
 Opium
 Oxycodone (hydroxy-14 dihydrocodéonone)
 Oxymorphone (hydroxy-14 dihydromorphinone)
 Péthidine (ester éthylique de l'acide méthyl-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 Phénadoxone (morpholino-6 diphényl-4,4 heptanone-3)
 Phénampromide (N-(méthyl-1 pipéridino-2 éthyl) propionanilide)
 Phénazocine (hydroxy-2' diméthyl-5,9 phénéthyl-2 benzomorphan-6,7)
 Phénomorphane (hydroxy-3 N-phénylmorphinan)
 Phénopéridine (ester éthylique de l'acide (hydroxy-3 phényl-3 propyl)-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 Piminodine (ester éthylique de l'acide phényl-4 (phénylamino-3 propyl)-1 pipéridine carboxylique-4)
 Propeptazine (diméthyl-1,3 phényl-4 propionoxy-4 azacycloheptane)
 Propéridine (ester isopropylique de l'acide méthyl-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 Racéméthorphan ((±)-méthoxy-3 N-méthylmorphinan)
 Racémoramide ((±)-[méthyl-2 oxo-4 diphényl-3,3 (pyrrolidiny-1)-4 butyl]-4 morpholine)

* Le dextrométhorphan ((+)-méthoxy-3 N-méthylmorphinan) et le dextro-rphan ((+)-hydroxy-3 N-méthylmorphinan) sont expressément exclus du présent Tableau.

Thebacon (acetyldihydrocodeinone)

Thebaine

Trimeperidine (1,2,5-trimethyl-4-propionoxypiperidine); and

The isomers, unless specifically excepted, of the drugs in this Schedule whenever the existence of such isomers is possible within the specific chemical designation;

The esters and ethers, unless appearing in another Schedule, of the drugs in this Schedule whenever the existence of such esters or ethers is possible;

The salts of the drugs listed in this Schedule, including the salts of esters, ethers and isomers as provided above whenever the existence of such salts is possible.

LIST OF DRUGS INCLUDED IN SCHEDULE II

Acetyldihydrocodeine

Codeine (3-methylmorphine)

Dextropropoxyphene ((+)-4-dimethylamino-3-methyl-1,2-diphenyl-2-propionoxybutane)

Dihydrocodeine

Ethylmorphine (3-ethylmorphine)

Norcodeine (N-demethylcodeine)

Pholcodine (morpholinylethylmorphine); and

The isomers, unless specifically excepted, of the drugs in this Schedule whenever the existence of such isomers is possible within the specific chemical designation;

The salts of the drugs listed in this Schedule, including the salts of the isomers as provided above whenever the existence of such salts is possible.

LIST OF PREPARATIONS INCLUDED IN SCHEDULE III

1. Preparations of:

Acetyldihydrocodeine,

Codeine,

Dextropropoxyphene,

Dihydrocodeine,

Ethylmorphine,

Norcodeine, and

Pholcodine

when

(a) Compounded with one or more other ingredients in such a way that the preparation has no, or a negligible, risk of abuse, and in such a way that the drug cannot be recovered by readily applicable means or in a yield which would constitute a risk to public health; and

(b) Containing not more than 100 milligrammes of the drug per dosage unit and with a concentration of not more than 2.5 per cent in undivided preparations.

Racémorphane ((±)-hydroxy-3 N-méthylmorphinane)

Thébacone (acétyldihydrocodéinone)

Thébaïne

Trimépidrine (triméthyl-1,2,5 phényl-4 propionoxy-4 pipéridine); et

Les isomères des stupéfiants inscrits au Tableau, sauf exception expresse, dans tous les cas où ces isomères peuvent exister conformément à la désignation chimique spécifiée;

Les esters et les éthers des stupéfiants inscrits au présent Tableau, à moins qu'ils ne figurent dans un autre tableau, dans tous les cas où ces esters et éthers peuvent exister;

Les sels des stupéfiants inscrits au présent Tableau, y compris les sels d'esters, d'éthers et d'isomères visés ci-dessus, dans tous les cas où ces sels peuvent exister.

LISTE DES STUPÉFIANTS INCLUS AU TABLEAU II

Acétyldihydrocodéine

Codéine (3-méthylmorphine)

Dextropropoxyphène ((+)-diméthylamino-4 méthyl-3 diphényl-1,2 propionoxy-2 butane)

Dihydrocodéine

Ethylmorphine (3-éthylmorphine)

Norcodéine (N-déméthylcodéine)

Pholcodine (morpholinylethylmorphine); et

Les isomères des stupéfiants inscrits au Tableau, sauf exception expresse, dans tous les cas où ces isomères peuvent exister conformément à la désignation chimique spécifiée;

Les sels des stupéfiants inscrits au présent Tableau, y compris les sels de leurs isomères visés ci-dessus, dans tous les cas où ces sels peuvent exister.

LISTE DES PRÉPARATIONS INCLUSES AU TABLEAU III

1. Préparations des stupéfiants suivants :

Acétyldihydrocodéine,

Codéine,

Dextropropoxyphène,

Dihydrocodéine,

Ethylmorphine,

Norcodéine et

Pholcodine

lorsque :

a) Ces préparations contiendront un ou plusieurs autres composants de telle manière qu'elles ne présentent pratiquement pas de risque d'abus et que le stupéfiant ne puisse être récupéré par des moyens aisément mis en œuvre ou dans une proportion qui constituerait un danger pour la santé publique;

b) La quantité de stupéfiants n'excèdera pas 100 milligrammes par unité de prise et la concentration ne sera pas supérieure à 2,5 pour 100 dans les préparations de forme non divisée.

2. Preparations of cocaine containing not more than 0.1 per cent of cocaine calculated as cocaine base and preparations of opium or morphine containing not more than 0.2 per cent of morphine calculated as anhydrous morphine base and compounded with one or more other ingredients in such a way that the preparation has no, or a negligible, risk of abuse, and in such a way that the drug cannot be recovered by readily applicable means or in a yield which would constitute a risk to public health.

3. Solid dose preparations of diphenoxylate containing not more than 2.5 milligrammes of diphenoxylate calculated as base and not less than 25 microgrammes of atropine sulphate per dosage unit.

4. *Pulvis ipecacuanhae et opii compositus*

10 per cent opium in powder

10 per cent ipecacuanha root, in powder
well mixed with

80 per cent of any other powdered ingredient containing no drug.

5. Preparations conforming to any of the formulae listed in this Schedule and mixtures of such preparations with any material which contains no drug.

LIST OF DRUGS INCLUDED IN SCHEDULE IV

Cannabis and cannabis resin

Desomorphine (dihydrodeoxymorphine)

Heroin (diacetylmorphine)

Ketobemidone (4-*meta*-hydroxyphenyl-1-methyl-4-propionylpiperidine); and

The salts of the drugs listed in this Schedule whenever the formation of such salts is possible.

2. Preparations de cocaine renfermant au maximum 0,1 pour 100 de cocaine calculée en cocaine base et préparations d'opium ou de morphine contenant au maximum 0,2 pour 100 de morphine calculée en morphine base anhydre, et contenant un ou plusieurs autres composants de telle manière qu'elles ne présentent pratiquement pas de risque d'abus et que le stupéfiant ne puisse être récupéré par des moyens aisément mis en œuvre ou dans une proportion qui constituerait un danger pour la santé publique.

3. Préparations sèches divisées de diphenoxylate en unités d'administration contenant au maximum 2,5 milligrammes de diphenoxylate calculé en base et au moins 25 microgrammes de sulfate d'atropine par unité d'administration.

4. *Pulvis ipecacuanhae et opii compositus*

10 pour 100 de poudre d'opium

10 pour 100 de poudre de racine d'*ipecacuanha*,
bien mélangées avec

80 pour 100 d'un autre composant pulvérulent non stupéfiant.

5. Préparations correspondant à l'une quelconque des formules énumérées dans le présent Tableau, et mélanges de ces préparations avec toute substance ne contenant pas de stupéfiant.

LISTE DES STUPÉFIANTS INCLUS AU TABLEAU IV

Cannabis et résine de cannabis

Désomorphine (dihydrodésomorphine)

Héroïne (diacétylmorphine)

Cétobémidone (*méla*-hydroxyphényl-4 méthyl-1 propionyl-4 pipéridine)

Les sels des stupéfiants inscrits au présent Tableau, dans tous les cas où ces sels peuvent exister.

ANEXO 2



Tabelas das plantas, substâncias e preparações sujeitas a controlo
(artigos 2.º, 3.º e 4.º do Decreto-Lei n.º 15/93)

TABELA I-A

- Acetil-alfa-metilfentanil — *N*-(1- α metilfenetil-4-piperidil) acetanilida.
 Acetildihidrocodeína — 3-metoxi-4,5-epoxi-6-acetoxi-17-metilmorfinano.
 Acetilmetaol — 3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4-difenil-heptano.
 Acetorfina — 3-0-acetiltetra-hidro-7 α -(1-hidro-1-metilbutil)-6,14-endo-etano-oripavina.
 Alfacetilmetaol — alfa-3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4-difenil-heptano.
 Alfameprodina — alfa-3-etil-1-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina.
 Alfametaol — alfa-6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol.
 Alfa-metilfentanil — *N*-[1-(α metilfenetil)-4-piperidil] propionanilida.
 Alfa-metiltiofentanil — *N*-[1-metil-2-(2-tienil) etil]-4-piperidil propionanilida.
 Alfentanil — monoclórato de *N*-[1{2-(4-etil-4,5-di-hidro-5-oxo-1*H*-tetrazol-1 il) etil]-4-(metoximetil)-4-piperidinil]-*N*-fenilpropionamida.
 Alfaprodina — alfa-1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina.
 Alilprodina — 3-alil-1-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina.
 Anileridina — éster etílico do ácido 1-para-aminofenetil-4-fenilpiperidino-4-carboxílico.
 Benzilmorfina — 3-benziloxi-4,5-epoxi-*N*-metil-7-morfineno-6-ol; 3-benzilmorfina.
 Benzetidina — éster etílico do ácido 1-(2-benziloxietil)-4-fenilpiperidino-4-carboxílico.
 Betacetilmetaol — beta-3-acetoxi-6-dimetilamino-4,4-difenil-heptano.
 Beta-hidroxifenetil — *N*-[1-(β -hidroxifenetil)-4-piperidil] propionanilida.
 Beta-hidroxi-3-metilfentanil — *N*-[1-(β -hidroxifenetil)-3-metil-4-piperidil] propionanilida.
 Betameprodina — beta-3-etil-1-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina.
 Betametaol — beta-6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol.
 Betaprodina — beta-1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina.
 Bezitramida — 1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-(2-oxo-3-propionil-1-benzimidazolinil)-piperidina.
 Butirato de dioxafetil — etil-4-morfolino-2,2-difenilbutirato.
 Cetobemidona — 4-meta-hidroxifenil-1-metil-4-propionilpiperidina.
 Clonitazeno — 2-para-clorobenzil-1-dietilaminoetil-5-nitrozozimidazol.
 Codeína — 3-metoxi-4,5-epoxi-6-hidroxi-17-metil-7-morfineno; 3-metil-morfina.
 Codeína *N*-óxido — 3-metoxi-4,5-epoxi-6-hidroxi-17-metil-7-morfineno-17-oxi-ol.
 Codoxina — di-hidrocodeína-6-carboximetiloxina.
 Concentrado de palha de papoila — matéria obtida por tratamento da palha de papoila em ordem a obter a concentração dos seus alcalóides, logo que esta matéria é colocada no comércio.
 Desomorfina — 3-hidroxi-4,5-epoxi-17-metilmorfinano; di-hidrodoxi-morfina.
 Dextromoramida — (+)-4-[2-metil-4-oxo-3,3-difenil-4 (1-pirrolidinil)-butil]-morfolina.
 Dextropropoxifeno — (+)-4-dimetilamino-3-metil-1,2-difenil-2-butanol propionato.
 Diampromida — *N*-(2-metilfenetilaminopropil)-propionanilida.
 Dietiltiambuteno — 3-dimetilamino-1,1-di-(2'-tienil)-1-butenol.
 Difenoilato — éster etílico do ácido 1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-fenilpiperidino-4-carboxílico.
 Difenoixa — ácido-1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-fenilisonipeicótico.
 Dihidrocodeína — 6-hidroxi-3-metoxi-17-metil-4,5-epoximorfinano.
 Di-hidromorfina — 3,6-di-hidroxi-4,5-epoxi-17-metilmorfinano.
 Dimefeptanol — 6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanol.
 Dimenoxadol — 2-dimetilaminoetil-1-etoxi-1,1-difenilacetato.
 Dimetiltiambuteno — 3-dimetilamino-1,1-di-(2'-tienil)-1-butenol.
 Dipipanona — 4,4-difenil-6-piperidina-3-heptanona.
 Drotebanol — 3,4-dimetoxi-17-metilmorfinano-6-beta, 14-diol.
 Etilmetiltiambuteno — 3-etilmetilamino-1,1-di-(2'-tienil)-1-butenol.
 Etilmorfina — 3-etoxi-4,5-epoxi-6-hidroxi-17-metil-7-morfineno; 3-etilmorfina.
 Etonitazeno — 1-dietilaminoetil-2-para-etoxibenzil-5-nitrobenzimidazol.
 Etorfina — tetra-hidro-7 α -(1-hidroxi-1-metilbutil)-6,14-endoetanooripavina.
 Etoxidina — éster etílico do ácido-1-[2-(2-hidroxi-etoxi)-etil]-4-fenilpiperidino-4-carboxílico.
 Fenadoxona — 6-morfolino-4,4-difenil-3-heptanona.
 Fenanpromida — *N*-(1-metil-2-piperidinoetil)-propionalida.
 Fenazocina — 2'-hidroxi-5,9-dimetil-2-fenetil-6,7-benzomorfinano.
 Fenomorfinano — 3-hidroxi-*N*-fenetilmorfinano.
 Fenopiridina — éster etílico do ácido 1-(3-hidroxi-3-fenilpropil)-4-fenil-4-piperidinocarboxílico.
 Fentanil — 1-fenetil-4-*N*-propionilamnilinopiperidina.
 Folcodina — 3-(2-morfolino-etoxi)-6-hidroxi-4,5-epoxi-17-metil-7-morfineno; morfoliniletilmorfina.

Furetidina — éster etílico do ácido 1-(2-tetra-hidrofurfuriloxie-til)-4-fenilpiperidino-4-carboxílico.

Heroína — 3,6-diacetoxi-4,5-epoxi-17-metil-7-morfineno; diacetilmorfina.

Hidrocodona — 3-metoxi-4,5-epoxi-6-oxo-17-metilmorfinano; diidrocodonona.

Hidromorfinol — 3,6,14-triidroxi-4,5-epoxi-17-metilmorfinano; 14-hidroxiidromorfina.

Hidromorfona — 3-hidroxi-4,5-epoxi-6-oxo-17-metilmorfinano; diidromorfina.

Hidroxiptetidina — éster etílico do ácido 4-meta-hidroxi-fenil-1-metilpiperidino-4-carboxílico.

Isometadona — 6-dimetilamino-5-metil-4,4-difenil-3-hexanona.

Levofenacilmorfinano — (—)-3-hidroxi-*N*-fenacilmorfinano.

Levomorfano — (—)-3-metoxi-*N*-metilmorfinano (*).

Levomoramida — (—)-4-[metil-4-oxo-3,3-difenil-4-(1-pirrolidinil)-butil] morfina.

Levorfanol — (—)-3-hidroxi-*N*-metilmorfinano (*).

Metadona — 6-dimetilamino-4,4-difenil-3-heptanona.

Metadona, intermediário de — 4-ciano-2-dimetilamino-4,4-difenil-butano.

Metazocina — 2'-hidroxi-2,5,9-trimetil-6,7-benzomorfinano.

Metildesorfina — 6-metil-delta-6-desoximorfina; 3-hidroxi-4,5-epoxi-6,17-dimetil-6-morfineno.

Metildiidromorfina — 6-metil-diidromorfina; 3,6-diidroxi-4,5-epoxi-6,17-dimetilmorfinano.

3-metilfentanil — *N*-(3-metil-1-fenetil-4-piperidil) propionanilida (e os seus dois isómeros *cis* e *trans*).

Metopão — 5-metildi-hidromorfina; 3-hidroxi-4,5-epoxi-5,17-dimetilmorfinona.

Miofina — miristilbenzilmorfina; tetradecanoato de 3-benziloxi-4,5-epoxi-17-metil-7-morfineno-6-ilo.

Moramida, intermediário de — ácido 2-metil-3-morfolino-1,1-difenilpropano carboxílico.

Morfina — 3,6-diidroxi-4,5-epoxi-17-metil-7-morfineno.

Morfina, bromometilato e outros derivados da morfina com nitrogénio pentavalente.

Morfina-*N*-óxido — 3,6-diidroxi-4,5-epoxi-17-metil-7-morfineno-*N*-óxido.

MPPP — propionato de 1-metil-4-fenil-4-piperidinol.

Nicocodina — éster codeínico do ácido 3-piridinocarboxílico; 6-nicotinilcodeína.

Nicodicodina — éster diidrocodeínico do ácido 3-piridinocarboxílico; 6-nicotinildiidrocodeína.

Nicomorfina — 3,6-dinicotilmorfina.

Noracimetadol — (+)- α -3-acetoxi-6-metilamino-4,4-difenil-heptano.

Norcodeína — 3-metoxi-4,5-epoxi-6-hidroxi-7-morfineno; *N*-dimetilcodeína.

Norlevorfanol — (—)-3-hidroxi-morfinano.

Normetadona — 6-dimetilamino-4,4-difenil-3-hexanona.

Normorfina — 3,6-diidroxi-4,5-epoxi-7-morfineno; dimetilmorfina.

Norpipazona — 4,4-difenil-6-peperidino-3-hexanona.

Ópio — o suco coagulado espontaneamente obtido da cápsula da *Papaver somniferum* L. e que não tenha sofrido mais do que as manipulações necessárias para o seu empacotamento e transporte, qualquer que seja o seu teor em morfina.

Ópio — mistura de alcalóides sob a forma de cloridratos e brometos.

Oxicodona — 3-metoxi-4,5-epoxi-6-oxo-14-hidroxi-17-metilmorfinano; 14-hidroxiidrocodona.

Oximorfona — 3,14-diidroxi-4,5-epoxi-6-oxo-17-metilmorfinano; 14-hidroxiidromorfina.

Para-fluorofentanil-(4'-fluoro-*N*-(1-fenetil-4-piperidil) propionanilida.

PEPAP — acetato de 1-fenetil-4-fenil-4-piperidinol.

Petidina — éster etílico do ácido 1-metil-4-fenilpiperidino-4-carboxílico.

Petidina, intermediário A da — 4-ciano-1-metil-4-fenilpiperidina.

Petidina, intermediário B da — éster etílico do ácido-4-fenilpiperidino-4-carboxílico.

Petidina, intermediário C da — ácido 1-metil-4-fenilpiperidino-4-carboxílico.

Piminodina — éster etílico do ácido 4-fenil-1-[3-(fenilamino)-propil]-4-piperidinocarboxílico.

Pirritamida — amida do ácido 1-(3-ciano-3,3-difenilpropil)-4-(1-piperidino)-piperidino-4-carboxílico.

Planta de papoila.

Pro-heptazina — 1,3-dimetil-4-fenil-4-propionoxiazaciclo-heptano.

Properidina — éster isopropílico do ácido 1-metil-4-fenilpiperidino-4-carboxílico.

Propirano — *N*-(1-metil-2-piperidinoetil)-*N*-2-piridilpropionamida.

Racemórfano — (+)-3-metoxi-*N*-metilmorfinano.

Racemoramida — (+)-4-[2-metil-4-oxo-3,3-difenil-4-(1-pirrolil)-butil]-morfina.

Racemorfanol — (+)-3-hidroxi-*N*-metilmorfinano.

Sufentanil — *N*-(4-metoximetil-1 [2-2 (tienil) etil]-4-piperidil) pionanilida.

Tabecão — 3-metoxi-4,5-epoxi-6-acetoxi-17-metilmorfinano; ac-hidrocodeína.

Tebaína — (3,6-dimetoxi-4,5-epoxi-17-metil-6,8-morfinadieno).

Tilidina — (+)-etil-(trans-2-dimetilamino)-1-fenil-3-ciclo-hexa-carboxilato.

Tiofentanil — *N*-(1-[2-(2-tienil) etil]-4-piperidil) propionanilida.

Trimeperidina — 1,2,5-trimetil-4-fenil-4-propionoxipiperidina.

Os isómeros das substâncias inscritas nesta tabela em todos os casos em que estes isómeros possam existir com designação que seja específica, salvo se forem expressamente excluídos.

Os ésteres e os éteres das substâncias inscritas na presente tabela em todas as formas em que estes ésteres e éteres possam existir, se figurarem noutra tabela.

Os sais das substâncias inscritas na presente tabela, incluindo os dos ésteres e éteres e isómeros mencionados anteriormente, pre que as formas desses sais sejam possíveis.

TABELA I-B

Coca, folha de — as folhas de *Erythroxylon coca* (Lamark), da *Erythroxylon nova-granatense* (Morris) Hieronymus e suas variedades da família das eritroxiláceas e as suas folhas, de outras espécies deste género, das quais se possa extrair a cocaína directamente ou obter-se por transformações químicas; as folhas do arbusto coca, excepto aquelas de que se tenha extraído toda a cocaína e quaisquer outros alcalóides derivados da ecgonina.

Cocaína — éster metílico (—) 8-metil-3-benzoiloxi-8-azabicyclo-(1, 2-octano-2-carboxílico; éster metílico de benzoilecgonina.

Cocaína-D — isómero dextrógiro de cocaína.

Ecgonina, ácido — (—)-3-hidroxi-8-metil-8-aza-bicyclo-(1, 2-octano-2-carboxílico, e os seus ésteres e derivados que sejam vertíveis em ecgonina e cocaína.

Consideram-se inscritos nesta tabela todos os sais destes compostos, desde que a sua existência seja possível.

TABELA I-C

Canabis — folhas e sumidades floridas ou frutificadas da planta *Cannabis sativa* L. da qual não se tenha extraído a resina, qualquer que seja a designação que se lhe dê.

Canabis, resina de — resina separada, em bruto ou purificada, obtida a partir da planta *Cannabis*.

Canabis, óleo de — óleo separado, em bruto ou purificado, obtido a partir da planta *Cannabis*.

Consideram-se inscritos nesta tabela todos os sais destes compostos, desde que a sua existência seja possível.

TABELA II-A

Bufotenina — 5-hidroxi-*N*-dimetiltryptamina.

Catinona — (—)- α -aminopropiofenona.

DET — *N*-*N*-dietiltryptamina.

DMA — (+)-2,5-dimetoxi- α -metilfeniletilamina.

DMHP — 3-(1,2-dimetil-heptil)-1-hidroxi-7,8,9,10-tetraidro-6,6-trimetil-6*H*-dibenzo-(b,d) pirano.

DMT — *N*-*N*-dimetiltryptamina.

DOB — 2,5-dimetoxi-4-bromoanfetamina.

DOET — (+)-2,5-dimetoxi-4- α -etil-metilfeniletilamina.

DOM, STP — 2-amino-1-(2,5-dimetoxi-4-metil)fenil propano.

DPT — dipropiltryptamina.

Eticlidina, PCE — *N*-etil-1-fenilciclo-hexilamina.

Fenciclidina, PCP — 1-(1-fenilciclo-hexil) piperidina.

(+) — Lisergida, LSD, LSD-25-(+)-*N*-*N*-dietilisergamida; dietilamida do ácido dextro-lisérgico.

MDMA — 3,4-metilenadioxianfetamina.

Mescalina — 3,4,5-trimetoxifenetilamina.

4-metilaminorex — (+)-*cis*-2-amino-4-metil-5-fenil-2-oxazolina.

MMDA — (+)-5-metoxi-3,4-metilenodioxo- α -metilfeniletilamina.

Para-hexilo — 3-hexilo-1-hidroxi-7,8,9,10-tetraidro-6,6,9-trimetil-6*H*-dibenzo (b,d) pirano.

PMA — 4- α -metoxi-metilfeniletilamina.

Psilocibina — fosfatidilglicerato de 3-(2-dimetilaminoetil)-4-indolil.

Psilocina — 3-(2-dimetilaminoetil)-4-(hidroxi-indolil).

Roliclidina, PHP, PCPY — 1-(1-fenilciclohexil) pirrolidina.

(*) O dextromorfano (+)-3-metoxi-*N*-metilmorfinano e o dextrorfanol (+)-3-hidroxi-*N*-metilmorfinano estão especificamente excluídos desta tabela.

Tenacetamina-MDA — (+)-3,4 *N*-metilenodioxo, α -dimetilfeniletilamina.
 Tenociclidina, TCP — 1-[1-(2-tienil) ciclo-hexil] piperidina.
 TMA — (+)-3,4,5-trimetoxi- α -metilfeniletilamina.

Os sais das substâncias indicadas nesta tabela, sempre que a existência de tais sais seja possível.

TABELA II-B

Anfetamina — (+)-2-amino-1-fenilpropano.
 Catina — (+)-treo-2-amino-1-hidroxi-1-fenilpropano.
 Dexanfetamina — (+)-2-amino-1-fenilpropano.
 Fendimetrazina — (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolina.
 Fenetina — (+)-3,7-di-hidro-1,3-dimetil-7-[2-[(1-metil-2-feniletil) amino] etil]-1*H*-purina-2,6-diona.
 Fenmetrazina — 3-metil-2-fenilmorfolina.
 Fentermina — α , α -dimetilfenetilamina.
 Levanfetamina — (-)-2-amino-1-fenilpropano.
 Levometanfetamina — (-)-*N*-dimetil, α -fenetilamino-3 (*O*-clorofenil)-2-metil (3*H*)-4-quinazolinona.
 Metanfetamina — (+)-2-metilamino-1-fenilpropano.
 Metanfetamina, racemato — (+)-2-metilamino-1-fenilpropano.
 Metilfenidato — éster metílico do ácido 2 fenil-2-(2-piperidil) acético.
 Tetraidrocanabinol — os seguintes isómeros: Δ 6a (10a), Δ 6a (7), Δ 7, Δ 8, Δ 9, Δ 10, Δ (11).

Os derivados e sais das substâncias inscritas nesta tabela, sempre que a sua existência seja possível, assim como todos os preparados em que estas substâncias estejam associadas a outros compostos, qualquer que seja a acção destes.

TABELA III-C

Amobarbital — ácido 5-etil-5-(3-metilbutil) barbitúrico.
 Buprenorfina — 21-ciclopropil-7 alfa [(s) 1-hidroxi-1,2,2-trimetilpropil]-6,14-endo-etano-6,7,8,14-tetra-hidrooripavina.
 Butalbital — ácido 5-alil-5-isobarbitúrico.
 Clotobarbital — 5-(1-ciclo-hexeno-1-il)-5-etilbarbitúrico.
 Glutetamida — 2-etil-2-fenilglutarimida.
 Mecloqualona — 3-(*O*-clorofenil)-2-metil-4(3*H*)-quinazolinona.
 Metaqualona — 2-metil-3-*o*-tolil-4(3*H*)-quinazolinona.
 Pentazocina — 1,2,3,4,5,6-hexa-hidro-6,11-dimetil-3-(3-metil-2-butenil)-2,6-metano-3-benzozocina-8-ol.
 Pentobarbital — ácido 5-etil-5-(1-metilbutil) barbitúrico.
 Secobarbital — ácido 5-alil-5-(1-metilbutil) barbitúrico.

Os sais das substâncias indicadas nesta tabela, sempre que a existência de tais sais seja possível.

TABELA III

- 1 — Preparações que, pela sua composição quantitativa e embora derivadas de estupefacientes, não apresentam grande risco de uso e abuso.
- 2 — Preparações de acetilidiidrocodeína, codeína, diidrocodeína, etilmorfina, folcodina, nicocodina, nicodicodina e norcodeína, quando misturadas com um ou vários outros ingredientes e a quantidade de narcótico não exceda 100 mg por unidade de administração e a concentração nas preparações farmacêuticas em forma não dividida não exceda 2,5 %.
- 3 — Preparações de cocaína contendo no máximo 0,1 % de cocaína, calculada em cocaína base, e preparações de ópio ou morfina que contenham no máximo 0,2 % de morfina, calculada em morfina base anidra, quando em qualquer delas existam um ou vários ingredientes, activos ou inertes, de modo que a cocaína e o ópio ou morfina não possam ser facilmente recuperados ou não estejam em preparações que constituam perigo para a saúde.
- 4 — Preparações de difenoxina contendo em unidade de administração no máximo 0,5 mg de difenoxina, calculada na forma base, e uma quantidade de sulfato de atropina equivalente pelo menos a 5 % da dose de difenoxina.
- 5 — Preparações de difenoxilato contendo em unidade de administração no máximo 2,5 mg de difenoxilato, calculado na forma base, e uma quantidade de sulfato de atropina equivalente pelo menos a 1 % de difenoxilato.
- 6 — Pó de ipecacuanha e ópio com a seguinte composição: 10 % de ópio em pó; 10 % de raiz de ipecacuanha em pó; 80 % de qualquer pó inerte não contendo droga controlada.
- 7 — Preparações de propiramo contendo no máximo 100 mg de propiramo por unidade de administração associadas com uma quantidade pelo menos igual de metilcelulose.
- 8 — Preparações administráveis por via oral que não contenham mais de 135 mg de sais de dextropropoxifeno base por unidade de administração ou que a concentração não exceda 2,5 % das preparações em forma não dividida sempre que estas preparações não contenham nenhuma substância sujeita a medidas de controlo da Convenção de 1971 sobre Psicotrópicos.

- 9 — As preparações que correspondam a qualquer das fórmulas mencionadas nesta tabela e misturas das mesmas preparações com qualquer ingrediente que não faça parte das drogas controladas.

TABELA IV

Alobarbitol — ácido 5,5 dialilbarbitúrico.
 Alprazolam — 8-cloro-1-metil-6-fenil-4 *H*-s-triazol [4,3- α] [1,4] benzodiazepina.
 Amfepramona — 2-(dietilamino) propiofenona.
 Barbitol — ácido 5,5-dietilbarbitúrico.
 Benzetefetamina — *N*-benzil-*N*, -dimetilfenetilamina.
 Bromazepam — 7-bromo-1,3-di-hidro-5-(2-piridinil)-2-*H*-1,4-benzodiazepina-2-ona.
 Butobarbital — ácido 5, butil-5-etilbarbitúrico.
 Camazepam — dimetilcarbamat (éster) do 7-cloro-1,3-di-hidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2*H*-1,4-benzodiazepina-2-ona.
 Cetazolam — 11-cloro-8, 12b-di-hidro-2,8-dimetil-12b-fenil-4*H*-[1,3] oxazino [3,2-*d*] [1,4] benzodiazepina-4,7 (6*H*)-diona.
 Colbazam-7-cloro-1-metil-5-fenil-1*H*-1,5-benzodiazepina-2,4 (3*H*, 5*H*)-diona.
 Clobenzorex — (+)-*N*-(*o*-clorobenzil)- α -metilfenetilamina.
 Clonazepam — 7-nitro-5-(2-clorofenil)-3*H*-1,4-benzodiazepina-2 (1*H*)-ona.
 Clorazepato — ácido 7-cloro-2,3-di-hidro-2,2-di-hidroxi-5-fenil-1*H*-1,4-benzodiazepina-3-carboxílico.
 Clordiazepóxido — 7-cloro-2-metilamino-5-fenil-3*H*-1,4-benzodiazepina-4-óxido.
 Clordesmetildiazepan — 7-cloro-5-(2-clorofenil)-1,3-di-hidro-2*H*-1,4-benzodiazepina-2-ona.
 Clotiazepam — 5-(2-clorofenil)-7-etil-1,3-di-hidro-1-metil-2*H*-tieno [2,3-*e*]-1,4-diazepina-2-ona.
 Cloxazolam — 10-cloro-11*b*-(2-clorofenil)-2,3,7,11*b*-tetra-hidrooxazolo [3,2-*d*] [1,4] benzodiazepina-6 (5*H*)-ona.
 Delorazepam — 7-cloro-5-(2-clorofenil)-1,3-di-hidro-2*H*-1,4-benzodiazepina-2-ona.
 Diazepam — 7-cloro-1,3-di-hidro-1-1-metil-5-fenil-2*H*-1,4-benzodiazepina-2-ona.
 Estazolam — 8-cloro-6-fenil-4*H*-s-triazolo [4,3- α] [1,4] benzodiazepina.
 Etclorvinol — etil-2-cloroviniletinil-carbinol.
 Etlanfetamina — (+)-*N*-etil- α -metilfenetilamina.
 Etil-loflazepato — 7-cloro-5-(2-fluorofenil)-2,3-di-hidro-2-oxo-1*H*-1,4-benzodiazepina-3-carboxilato de etilo.
 Etinamato — carbamato-1-etinilciclo-hexanol.
 Fencanfamina-(+)-3-*N*-etilfenil-(2,2,1) biciclo 2-heptanamina.
 Fenobarbital — ácido-5-etil-5-fenilbarbitúrico.
 Fenproporex — (+)-3-(α -metilfenetilamina) propionitrilo.
 Fludiazepam — 7-cloro-5-(2-fluorofenil)-1,3-di-hidro-1-metil-2*H*-1,4-benzodiazepina-2-ona.
 Flunitrazepam — 5-(2-fluorofenil)-1,3-di-hidro-1-metil-7-nitro-2*H*-1,4-benzodiazepina-2-ona.
 Flurazepam — 7-cloro-1-[2-(dietilamino) etil]-5-(2-fluorofenil)-1,3-di-hidro-2*H*-1,4-benzodiazepina-2-ona.
 Halazepam — 7-cloro-1,3-di-hidro-5-fenil-1-(2,2,2-trifluoretil)-2*H*-1,4-benzodiazepina-2-ona.
 Haloxazolam — 10-bromo-11*b*-(2-fluorofenil)-2,3,7,11*b*-tetra-hidrooxazol [3,2-*d*] [1,4] benzodiazepina-6 (5*H*)-ona.
 Loprazolam — 6-(2-clorofenil)-2,4-di-hidro-2-[4-metil-1-piperazinil] metileno]-8-nitro-1*H*-imidazo-[1,2-*a*] [1,4] benzodiazepina-1-ona.
 Lorazepam — 7-cloro-5 (2-clorofenil)-1,3-di-hidro-3-hidroxi-2*H*-1,4-benzodiazepina-2-ona.
 Lormetazepam — 7-cloro-5-(2-clorofenil)-1,3-di-hidro-3-hidroxi-1-metil-2*H*-1,4-benzodiazepina-2-ona.
 Mazindol — 5-(*p*-clorofenil)-2,5-di-hidro-3*N*-imidazol (2,1-*a*)-isoidol-5-ol.
 Medazepam — 7-cloro-2,3-di-hidro-1-metil-5-fenil-1*H*-1,4-benzodiazepina.
 Mefenorex-(+)-*N*-(3-cloropropil)- α -metilfenetilamina.
 Meprobamat — dicarbamato-2-metil-2-propil-1,3-propanediol.
 Metilfenobarbital — ácido-5-etil-1-metil-5-fenilbarbitúrico.
 Metiprilon — 3,3-dietil-5-metil-2,4-biperidinediona.
 Midazolam — 8-cloro-6-(*o*-fluorofenil)-1-metil-4*H*-imidazol [1,5- α] [1,4] benzodiazepina.
 Nimetazepam — 1,3-di-hidro-1-metil-7-nitro-5-fenil-2*H*-1,4-benzodiazepina-2-ona.
 Nitrazepam — 1,3-di-hidro-7-nitro-5-fenil-2*H*-1,4-benzodiazepina-2-ona.
 Nordazepam — 7-cloro-1,3-di-hidro-5-fenil-1 (2*H*)-1,4-benzodiazepina-2-ona.
 Oxazepam — 7-cloro-1,3-di-hidro-3-hidroxi-5-fenil-2*H*-1,4-benzodiazepina-2-ona.
 Oxazolam — 10-cloro-2,3,7,11*b*-tetra-hidro-2-metil-11*b*-feniloxazolo [3,2-*d*] [1,4] benzodiazepina-6 (5*H*)-ona.
 Pemolina — 2-amino-5-fenil-2-oxazolona-4 ona (ou: 2-imino-5-fenil-4-oxazolidinoma).
 Pinazepam — 7-cloro-1,3-di-hidro-5-fenil-1-(2-propinil)-2*H*-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Pipradol — 1,1-difenil-2-piperidinometanol.
Pirovalerona — (+)-1-(4-metilfenil)-2 (1-pirrolidinil) 1-pentanona.
Prazepam — 7-cloro-1-(ciclopropilmetil)-1,3-di-hidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.
Propil-hexedrina — (+)-1-ciclo-hexil-2-metil-aminopropano.
Quazepan — 7-cloro-5-(2-fluorofenil)-1,3-di-hidro-1-(2,2,2-trifluoroetil)-2H-1,4-benzodiazepina-2-tiona.
Secbutabarbital — ácido secbutil-5-etilbarbitúrico.
SPA, Lefetamina — (—)-1-dimetilamino-1,2-difeniletano.
Temazepam — 7-cloro-1,3-di-hidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.
Tetrazepam — 7-cloro-5-(1-ciclo-hexano-1-il)-1,3-di-hidro-1-metil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.
Triazolam — 8-cloro-6-(2-clorofenil)-1-metil-4H-[1,2,4] triazol [4,3- α] [1,4] benzodiazepina.
Vinilbital — ácido 5-(1-metilbutil)-5 vinilbarbitúrico.

Os sais das substâncias indicadas nesta tabela, sempre que a existência de tais sais seja possível.

TABELA V

Ácido lisérgico.
Efedrina.
Ergometrina.
Ergotamina.
Fenil-1 propanona-2.
Isosafrole.
3,4-Metilenodioxifenil-2-propanona.
N-ácido acetilntranílico.
Piperonal.
Pseudo-efedrina.
Safrole.

Os sais das substâncias inscritas na presente tabela em todos os casos em que a existência desses sais seja possível.

TABELA VI

Acetona.
Ácido antranílico.
Ácido clorídrico.
Ácido fenilacético.
Ácido sulfúrico.
Anidrido acético.
Éter etílico.
Metiletilcetona.
Permanganato de potássio.
Piperidina.
Tolueno.

Os sais das substâncias inscritas na presente tabela em todos os casos em que a existência desses sais seja possível.

ANEXO 3

Afectações Financeiras

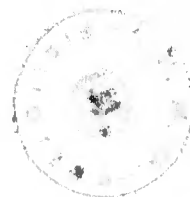
(em contos)

1997	
MINISTÉRIOS	VERBAS AFECTADAS
Projecto Vida	2.178.000
Saúde (SPTT)	2.308.000
Trabalho e Solidariedade	1.127.000
Educação	1.368.000
Justiça	550.000
Defesa	201.000
Administração Interna	910.000
Juventude	1.212.000
Total	9.854.000

(em contos)

1998	
MINISTÉRIOS	Verbas Afectadas
Projecto Vida	1.978.000
Saúde (SPTT)	4.863.000
Solidariedade e Segurança Social	1.750.000
Qualificação e Emprego	120.000
Educação	1.773.500
Justiça	1.150.000
Defesa	270.000
Administração Interna	1.875.000
Juventude	1.227.000
Total	15.006.500

ANEXO 4



Informação

UMA FORMA PERVERSA DE FINANCIAR O CONSUMO E O TRÁFICO DE DROGA NO INTERIOR DO SISTEMA PRISIONAL

O sistema prisional português gasta oitocentos mil contos por ano em psicotrópicos ministrados à população prisional. Esta é a principal conclusão de um estudo por nós levado a efeito durante três meses, o qual incidiu em cinco estabelecimentos centrais, um estabelecimento especial e seis estabelecimentos regionais.

Os psicotrópicos são receitados pelos médicos dos estabelecimentos prisionais, e constituem mais de 70% dos medicamentos utilizados pelos reclusos. Na sua esmagadora maioria, os psicotrópicos são receitados sem qualquer conexão directa com o quadro clínico dos presos, quase sempre "a pedido".

Vale a pena fazer luz sobre algumas das conclusões parcelares que resultaram do nosso estudo:

1.

Os 16 estabelecimentos prisionais centrais (Pinheiro da Cruz, Caxias, Hospitais-prisão de Lisboa e Porto, Tires, Linhó, Sintra, Alcoentre, Vale Judeus, Leiria, Coimbra, Custóias, Santa Cruz do Bispo, Paços de Ferreira e Funchal) gastam em média, por ano, trinta mil contos da verba orçamentada para os medicamentos,

2.

O acesso que tivémos a algumas fichas clínicas de reclusos permite concluir que são ministrados a centenas de indivíduos várias unidades de psicotrópicos por dia (alguns recebem mais de 10);

3.

Em todos os estabelecimentos prisionais se instituiu uma insólita moeda única: três psicotrópicos (vulgo "drunfos") valem um maço de cigarros, dez valem um "charro", vinte valem um "panfleto" de heroína.

Sabendo-se que mais de 70% da população prisional é toxicodependente, facilmente se conclui que o Estado Português está a financiar objectivamente o consumo e o tráfico de droga no interior do sistema prisional.

4.

Três médicos que colaboraram com o "Forum Prisões" neste trabalho deram-nos indicações seguras de que esta prática de receitas radica em duas ordens de razão essenciais, ambas associadas ao baixo nível de remuneração dos médicos no interior das cadeias.

Por um lado, razões de segurança.

Os médicos em geral receitam os psicotrópicos "sob pressão" dos presos, com os quais, mantendo relações de proximidade física, evitam motivos de clivagem e conflitualidade.

Por outro lado, os médicos vêm-se confrontados com uma antiga política de acalmia da população prisional à custa de medicação psicotrópica, muitas vezes alimentada por alguns agentes responsáveis do sistema.

5.

A receita indiscriminada de psicotrópicos gerou também ao longo dos anos, bolsas de ilegalidade e corrupção que é urgente clarificar e interromper. O "Forum Prisões" sabe que em algumas zonas do país agentes do sistema prisional vendem e traficam medicamentos oriundos dos estabelecimentos prisionais, para além de em alguns deles não haver correspondência entre a medicação efectivamente utilizada e aquela que consta das facturas de compras.

Só assim se explica que em vários estabelecimentos prisionais alguns reclusos se dediquem ao tráfico de álcool puro, posteriormente misturado em bebidas autorizadas no meio prisional.

Resulta deste quadro a necessidade urgente de atacar e erradicar esta prática, sendo indispensável uma acção concertada dos Ministérios da Justiça, da Educação e da Saúde, e da própria "Ordem dos Médicos".

Embora este fenómeno deva ser analisado e resolvido ao nível das causas - algumas, necessariamente, de natureza cultural - é importante a adopção de medidas cautelares de curto prazo, designadamente:

Forum prisões

PESSOA COLECTIVA 503 185 515

A.

Levantamento, estabelecimento prisional a estabelecimento prisional, dos custos reais da medicação receitada, em conexão rigorosa com o quadro clínico dos destinatários;

B.

Adopção de uma política de ocupação de tempos livres em todos estabelecimentos prisionais, com enfoque nas acções desportivas ergoterápicas em cooperação com as autarquias, as colectividades locais e a Direcção Geral dos Desportos

C.

Revisão das tabelas de remuneração do pessoal médico nos LPs, e seu recrutamento obrigatório através de concurso público.

O "Forum Prisões" notificou a Direcção Geral dos Serviços Prisionais sobre o conteúdo desta investigação, e vai solicitar a intervenção da Procuradoria Geral da República.

Matosinhos, 9 de Março de 1995

A Direcção

